Arbeidsmarkteffecten maatregelen AWBZ en Wmo en stelselwijziging JZ

Eindrapport Onderzoeksfase 1

Panteia
SEOR
Etil

C10301

Zoetermeer, oktober 2013

Inhoudsopgave

Conclusies en signaleringen

Aanleiding

Er vinden stelselwijzigingen plaats in de langdurige zorg en ondersteuning. Deze hervormingen zijn in de visie van de regering noodzakelijk om ook op langere termijn kwalitatief hoogwaardige en betaalbare langdurige zorg en ondersteuning te kunnen garanderen.

De stelselwijzigingen gaan uit van een geheel andere visie op dienstverlening waarin de burger centraal staat. Duidelijk is dat de hervormingen groot effect zullen hebben op de huidige aanbieders[1] en de huidige werkenden. Er is echter nog veel onduidelijk ten aanzien van de omvang en richting van deze effecten.

Om meer inzicht te krijgen en nog beter beleid te kunnen voeren hebben partijen[2] een arbeidsmarkteffectrapportage gevraagd, die nu voorligt. In deze rapportage wordt een beeld geschetst van mogelijk te verwachten effecten op de arbeidsmarkt. Hiervoor wordt gebruik gemaakt van de verwachte (budgettaire) ontwikkelingen op macroniveau, aangevuld met kwalitatief onderzoek onder betrokken partijen.

De wetten die voor stelselwijzigingen noodzakelijk zijn, moeten nog worden vastgesteld in het Parlement. Ook de Transitieplannen moeten deels nog worden geschreven resp. vastgesteld. Gemeenten moeten hun beleidskeuzen nog vaststellen. Omdat er nog zoveel onduidelijk is over de toekomstige uitvoering, is ook het onderzoek omgeven met onzekerheden. Omdat de wetsvoorstellen op 1 januari 2015 ingaan, moeten instellingen nu starten met de voorbereiding op deze transities en kan het eerste deel van de AER niet wachten op meer duidelijkheid. Het doel van dit rapport is dan ook niet zozeer een nauwkeurige beschrijving van effecten te geven, als wel betrokkenen te attenderen op knelpunten die (preventieve) actie behoeven en kansen te duiden die door de stelselwijzigingen ontstaan. Onderstaande conclusies zijn de interpretaties van de onderzoekers op basis van de verzamelde informatie.

Visie

Meer dan vroeger zal er een beroep worden gedaan op de zelfredzaamheid van burgers en van het eigen netwerk. Het gaat daarbij vooral om de kanteling van het huidige denken in een landelijk vastgesteld zorgaanbod voor aandoeningen/beperkingen en aanspraken naar het kijken naar de persoon als geheel en wat deze nodig heeft om zoveel mogelijk te kunnen participeren in de maatschappij. Eigen regie eerst. Hiernaast zal er sprake blijven van goede professionele ondersteuning waar noodzakelijk. Indien thuis wonen niet mogelijk is, zal er sprake blijven van goede zorg binnen een instelling. Gemeenten krijgen een belang-

[1] In de verschillende branches worden verschillende termen gebruikt voor de organisaties die dienstverlening leveren. Hier wordt de neutrale term 'aanbieders' gehanteerd. Het betreft bijvoorbeeld ook Bureaus Jeugdzorg.

[2] De sociale partners in zorg en welzijn zijn aan werkgeverszijde ActiZ, BTN, GGZ Nederland, Jeugdzorg Nederland, de MOgroep, Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland en aan werknemerszijde Abvakabo FNV, CNV Publieke Zaak, NU'91 en FBZ. AbvaKabo FNV meldt expliciet niet achter de plannen te staan en hier actie tegen te voeren.

rijke rol in de uitvoering. Wijkteams gaan een belangrijke rol spelen als begeleider van burgers waar het gaat om het coördineren van mantelzorg en het opzetten van collectieve arrangementen en als poortwachter voor meer gespecialiseerde zorg.

Het idee achter deze stelselwijzigingen wordt, met het oog op de toekomstige betaalbaarheid en kwaliteit van de zorg, door vrijwel alle partijen ondersteund. Voor de uitwerking en het tijdpad is dat minder het geval.

Implementatie

De stelselwijzigingen brengen grote veranderingen met zich mee in het zorglandschap. Er is sprake van een overheveling van taken uit de AWBZ naar de Wmo (gemeenten) en Zvw (ziektekostenverzekeraars). Ook worden de gemeenten verantwoordelijk voor de Jeugdzorg. Hiermee krijgen vooral gemeenten grotere verantwoordelijkheden voor het bieden van langdurige zorg en ondersteuning aan haar burgers. Gemeenten hebben ruime beleidsvrijheid bij het inrichten van deze nieuwe taak. Voor de taken die binnen de (kern)AWBZ, genaamd Wet Langdurige Intensieve Zorg (LIZ), blijven of overgaan naar de ZVW is er waarschijnlijk alleen sprake van een (relatief) beperkte budgetkorting, waarbij het wel nadrukkelijk de bedoeling is dat zorgverzekeraars en –kantoren de samenwerking zoeken met gemeenten.

Naar verwachting worden de relevante stelselwijzigingen in de periode 2014-2017 ingevoerd. Naar verwachting, want politieke besluitvorming moet grotendeels nog plaatsvinden. Dat kan nog tot aanpassingen leiden; zo kwam recent in het nieuws dat verzorging mogelijk niet onder verantwoordelijkheid van gemeenten maar in de ZVW gaat vallen. Daarnaast is nog niet duidelijk hoe de LIZ zal worden ingericht. Voor wat betreft het gemeentelijk (sociale) domein is de WMO 2015 die binnenkort bij de Kamer wordt ingediend van groot belang. Er is een sterke samenloop met andere wijzigingen in het sociale domein, zoals de participatiewet. Alles overziend is de voorbereidingstijd voor alle betrokken partijen kort. Hoewel de verwachting niet is dat in 2017 de transitie volledig is afgerond, moet nu al begonnen worden met het klaarstomen van aanbieders en werkenden voor het nieuwe stelsel.

Hoe de langdurige zorg en ondersteuning er in de praktijk precies uit gaat zien, is nog onzeker. Vooral in het (toekomstige) Wmo-deel en de Jeugdzorg is bovendien veel afhankelijk van de keuzes die gemeenten gaan maken. Die stellen prioriteiten ten aanzien van de inhoud, de prijs en de kwaliteit van de langdurige zorg en ondersteuning. Ook bepalen zij de contractvoorwaarden (contractduur/social return/etc) waaraan aanbieders moeten voldoen. Uiteindelijk kiezen zij ook de aanbieders, met de mogelijkheid een deel zelf uit te voeren.

Hoe de gevraagde ondersteuning en dus opdrachten voor aanbieders er uit zullen zien, verschilt per gemeente. In het onderzoek is gewerkt met twee scenario's voor het gemeentelijke deel: het doelgroepenscenario, waarin beperkte wijkteams worden opgezet en de huidige branchestructuur goeddeels overeind blijft, en het integratiescenario, waarin grote wijkteams zoveel mogelijk langdurige zorg en ondersteuning bieden en daarnaast minder ruimte is voor gespecialiseerde aanbieders. Voor alle duidelijkheid: in beide gevallen zullen mantelzorg en collectieve arrangementen een belangrijke rol vervullen. De meeste gesprekspartners hebben een voorkeur voor het integrale scenario, want alleen dat leidt tot de gewenste hervormingen. Het 'nieuwe denken' dat daarvoor nodig is, is echter niet vanzelfsprekend. Voor veel gemeenten zal het niet mogelijk zijn om al in de onderzoeksperiode 2013-2017 een volledige integrale aanpak door te voeren – de tijd is daarvoor te kort, het is een groeimodel.

Voordeel van een geleidelijke invoering is dat betrokken partijen geleidelijk kunnen wennen aan de veranderingen, waardoor de effecten op micro niveau (zie later) op de korte termijn minder ingrijpend zullen zijn. Veel partijen pleiten dan ook voor een geleidelijker invoering. Nadeel van een geleidelijke invoering is dat de gewenste hervormingen achterwege zouden kunnen blijven, met het gevaar dat het vooral minder van hetzelfde wordt. De onzekerheid over de toekomst zal echter op korte termijn niet volledig verdwijnen.

In het algemeen kan geconstateerd worden dat door betrokken partijen hard gewerkt wordt aan (voorbereidingen op) de transitie. Veel van de respondenten doen dit vanuit een positieve grondhouding, gericht op het omarmen van de nieuwe visie en het vinden van een plaats in het toekomstige stelsel. De vele onduidelijkheden maken dit vooralsnog een lastig proces. De korte doorlooptijd versterkt dit verder.

Effecten op de arbeidsmarkt op macro-niveau

Op macro-niveau is het beschikbare budget het laagst in 2015. Aangezien in de sector een bijna 1-op-1 vertaling bestaat van budget naar arbeidsplaatsen, geldt dat naar verwachting ook voor de populatie werkenden. Door autonome groei is het totale macro-budget in 2017 weer bijna op het niveau van 2012.

Waar gemeenten druk zijn met het uitwerken van de manier waarop zij hun nieuwe verantwoordelijkheden gaan invullen op (middel)lange termijn, kijken veel aanbieders vooral vooruit naar 2015. Het effect op de arbeidsmarkt is dan meest heftig: het totale budget ligt dan lager dan in 2013 en 2017, wat zich zoals aangegeven doorgaans bijna 1-op-1 vertaalt in werkgelegenheid.

Geen rekening houdend met extra uitvoeringskosten of budgetverschuivingen zal het naar verwachting in 2015 voor de betrokken branches (VVT, GHZ, GGZ (vzv langdurig), Jeugdzorg)[1], gaan om een budgetreductie van ruim € 1,2 miljard (4,6%), waarvan driekwart in het gemeentelijke domein. Globaal doorgerekend betekent dat een verlies van bijna 36.000 banen (personen) op een totaal van ruim 630.000 personen in 2012. De Hulp binnen het huishouden springt eruit met naar verwachting 40 procent minder budget (en banen) in 2015.
Let wel, achter dit werkgelegenheidseffect op macroniveau gaat een grote dynamiek op microniveau schuil. De effecten voor aanbieders en werknemers zijn dan ook groter. Temeer omdat de werkgelegenheid het saldo is van groei (bijv. verpleegkundigen niveau 5) en krimp (bijv. opleiding niveau 1) van functies, die onderling niet vergelijkbaar en uitwisselbaar zijn, met naast het verlies van 36.000 arbeidsplaatsen een veelvoud daarvan aan (noodzakelijke) baanwisselingen tot gevolg.

Voor de betrokken branches (VVT, GHZ, GGZ (vzv. langdurig), Jeugdzorg) is het budget naar verwachting in 2017 circa 4% (1 miljard euro) lager dan in 2012. Dat correspondeert met ruwweg 23.000 werkenden (13.000 fte's)[2]. Daarbij is weer geen rekening gehouden

[1] Dat is exclusief de WMD, aangezien die buiten de stelselwijziging valt. Het WMD-budget is in 2015 naar verwachting ruim 11%, circa € 350 miljoen, lager dan in 2012. Dat vertaalt zich door naar 7000 minder arbeidsplaatsen (personen).

[2] In de periode 2012-2017 krimpt de WMD naar verwachting met ruim 11.000 personen (ruim 8.000 fte's).

met extra uitvoeringskosten of budgetverschuivingen. Autonome groei – vanwege een toenemende vraag naar langdurige zorg en ondersteuning – zorgt voor de verandering in vergelijking met 2015.

Effecten op de arbeidsmarkt op micro-niveau

De veranderingen op microniveau (voor individuele aanbieders en werknemers) zijn forser dan de (financiële) ontwikkelingen op macroniveau suggereren. Het landschap van aanbieders en de populatie werkenden kennen een grote dynamiek in de onderzoeksperiode. Dat is inherent aan de decentralisatie, nieuwe financieringsstructuur, gemeentelijke beleidsvrijheid en regie en de (gedeeltelijke) cultuuromslag die nodig is voor uitvoering van de 'burger centraal' visie, en de efficiencyslag die bij uitvoering verwacht wordt.

De gewenste hervormingen vragen deels om een andere werkwijze van zorgpersoneel, de bezuinigingen slaan vooral neer bij specifieke groepen werknemers en er komen kansen voor nieuwe aanbieders wat ten koste zal gaan van bestaande aanbieders. Daarnaast hebben de huidige aanbieders, mede als gevolg van deze veranderingen, op korte termijn te maken met transitiekosten, waardoor de beschikbare middelen voor (zorg)personeel extra onder druk kunnen komen te staan.

Beleidsvrijheid gemeenten

Zoals eerder opgemerkt hebben de gemeenten een ruime beleidsvrijheid. Hun keuzes hebben veel impact op micro-niveau. Daarbij valt te denken aan:

- vormgeving uitvoering (integraal of niet)
- beleidsprioriteiten binnen het sociale domein, waaronder de mate waarin het voor de langdurige zorg en ondersteuning bedoelde budget daarvoor daadwerkelijk wordt ingezet
- beleidsprioriteiten binnen de langdurige zorg en ondersteuning
- keuze aanbieders / vormgeving aanbesteding
- al dan niet opnemen van social return in aanbestedingseisen
- omvang uitvoeringskosten, waarbij de mate waarin de gemeenten zelf (inhoudelijk) actief zijn een belangrijke rol speelt
- randvoorwaarden stellen voor aanbieders, waaronder omgaan met vastgoed, huidige werknemers en tarieven.

Zolang de gemeenten geen invulling geven aan het beleid, bestaat grote onzekerheid bij aanbieders en werkenden. De gemeenten ondervinden daarbij hinder van de onvoltooide politieke besluitvorming.

Aanbieders

Werken binnen de nieuwe visie vraagt om nieuwe vormen van aansturing van personeel, om een sterkere focus op preventie, om verbreding van de dienstverlening of nauwe samenwerking met andere aanbieders. Aanbieders moeten leren inspelen op gemeentelijke beleidskeuzen en het aanbieden van nieuwe / innovatieve zorgconcepten is hiervoor een belangrijke voorwaarde. Er zullen ook *nieuwe* aanbieders actief zijn. Hierbij is van belang dat de WMO geen toetredingseisen aan aanbieders stelt.

De verandering van het landschap en de marktcondities betekenen dat ook product-

marktcombinaties veranderen: regio's waarin aanbieders actief zijn, klanten/inkopers, aangeboden vormen van dienstverlening, doelgroepen, etc. Kortom, vrijwel alle aanbieders zullen in 2017 in dat opzicht veranderd zijn.

Het totale budget waar de *huidige* aanbieders mee werken zal in 2017 lager zijn dan in 2013[1]. Naast het lagere macrobudget gaat een deel van het budget naar uitvoeringskosten voor gemeenten. Ook denken de huidige aanbieders (gemiddeld) omzet te verliezen aan nieuwe aanbieders (waaronder gemeenten), en verwacht men een deel van het budget nodig te hebben voor transitiekosten (zie verder). Respondenten (huidige aanbieders en sociale partners) rekenen op omzetreducties in de orde van grootte van 20 tot 25%[2] in het gemeentelijk deel, waarbij de Hulp binnen het Huishouden (40% reductie (circa 18.000 personen exclusief alphahulpen)) en de Bureaus Jeugdzorg (30 tot 40% reductie (rond 2500 personen)) er uitspringen qua negatieve toekomstverwachtingen).

De ingrijpendheid van de maatregelen in samenhang met het hoge tempo leveren in de periode 2013-2017 grote fricties op allerlei terreinen op. De belangrijkste zijn verwachte overschotten aan personeel, deels als gevolg van een kwalificatiemismatch, en leegstand van vastgoed, samenhangend met de extramuralisering. Deze fricties leiden tot transitiekosten (ontslagkosten, kosten sociaal plan, opleiding medewerkers, afkopen huurcontracten, etc.). Daarnaast maken alle betrokken organisaties meer kosten (of gaan dat doen) dan in 'normale jaren' die gerelateerd zijn aan de transitie als zodanig: opleidingskosten, beleidsontwikkeling, overleg met gemeenten en aanbieders, herinrichten organisatie, werven personeel, werven opdrachten, etc. Omdat gemeenten verschillende keuzes zullen maken, moeten aanbieders zich bovendien op meerdere uitvoeringsvormen gaan voorbereiden. De beschikbare middelen voor (zorg)personeel kunnen hierdoor extra onder druk komen te staan. Het is op dit moment niet duidelijk hoe hoog de transitiekosten zullen liggen. Duidelijk is wel dat het om substantiële bedragen kan gaan.

Een deel van de *huidige* aanbieders zal in 2017 niet meer bestaan, bijvoorbeeld omdat gemeenten voor andere aanbieders gekozen hebben, omdat zij zijn opgegaan in of gefuseerd met andere aanbieders of omdat zij de transactiekosten niet kunnen opbrengen. Of dat veel of weinig aanbieders zullen zijn, is nog niet te zeggen, net zomin als er iets te zeggen valt over het aantal nieuwe aanbieders.

Werkenden

Een deel van de *huidige* werkenden zal in 2017 niet meer dezelfde baan hebben. Uitgaande van de bovengenoemde 20 tot 25%[3] en daarnaast nog verschuivingen tussen huidige aanbieders kan dat oplopen tot tweehonderdduizend personen[4]. Hierbij zullen grote verschillen

[1] De situatie in 2015 is niet (kwantitatief) besproken. Enerzijds is er dan minder budget dan in 2017. Anderzijds lijken de wijkteams in eerste instantie beperkt van omvang te zijn, en zullen veel gemeenten eerst uitgaan van het huidige landschap van aanbieders. Hoe dit zich verhoudt, is niet op voorhand duidelijk.

[2] Inclusief WMD zou dat neerkomen op rond € 2,7 miljard minder omzet, ofwel 60.000 personen minder in dienst bij de *huidige* aanbieders.

[3] De door aanbieders en sociale partners verwachte gemiddelde omzetdaling van *huidige* aanbieders binnen het gemeentelijke domein.

[4] Globale indicatie op basis van (noodzakelijk) grove aannames, bedoeld om een beeld te geven van de grote dynamiek die te verwachten is.

bestaan tussen regionale arbeidsmarkten. Overigens lag de mobiliteit enkele jaren geleden op een vergelijkbaar niveau, al laten omstandigheden en aanleiding zich moeilijk vergelijken; de komende jaren is veel meer sprake van gedwongen mobiliteit.

Nieuwe banen zijn vooral te vinden waar het meest nadrukkelijk uitvoering gegeven wordt aan het nieuwe doen en denken: in de wijkteams. Het gaat daarbij primair om de zogenaamde 'gouden driehoek' (huisarts – wijkverpleegkundige – maatschappelijk/sociaal werker), waarop natuurlijk ook, afhankelijk van de lokale zorgbehoefte en gemeentelijk beleid, variaties mogelijk zijn. In het integrale scenario bestaan de wijkteams verder uit werkenden met uiteenlopende achtergronden en competenties. Daarnaast is dat het geval bij gemeenten. De stelselwijzigingen stimuleren partijen om zich met preventie bezig te houden; ook daar zullen nieuwe banen ontstaan. Veel nieuwe banen zijn op relatief hoog niveau.

Verschuivingen op de arbeidsmarkt (van oude banen naar nieuwe banen) spelen een hoofdrol in de mobiliteit. Onder macro-effecten is verder al stilgestaan bij het verwachte verlies van banen in 2015 en 2017. Dat is inherent aan de voorgestelde hervormingen. Gedwongen ontslagen zullen daarbij niet te voorkomen zijn.

Huidige banen die komen te vervallen, betreffen waarschijnlijk vooral de lagere niveaus. Het stimuleren van zelfredzaamheid en mantelzorg zal waarschijnlijk leiden tot een minder groot beroep op uitvoerende functies. Dit werk komt eerder in aanmerking om vervangen te worden door mantelzorg of collectieve arrangementen. De verwachting van huidige aanbieders is bijvoorbeeld dat 40% van de hulp binnen de huishouding (nu rond 47.000 werknemers (exclusief alphahulpen)) zal vervallen. Op langere termijn kan deze vraag overigens weer toenemen door de extramuralisering. De extramuralisering heeft verder tot gevolg dat veel ondersteunende functies, denk bijvoorbeeld aan koks in verzorgingshuizen, komen te vervallen. Het vinden van ander werk wordt voor deze groep bemoeilijkt door andere wijzigingen, bijvoorbeeld in de Participatiewet. Het lagere segment van de arbeidsmarkt zal een toestroom kennen van bijvoorbeeld Wajongeren en andere doelgroepen die onder de nieuwe Participatiewet vallen.

In welke mate de nieuwe banen ingevuld worden door personen die uit een vervallen baan komen, is op voorhand moeilijk te zeggen. Veel zal er bijvoorbeeld vanaf hangen hoe partijen omgaan met de budget-dip in 2015. Duidelijk is wel dat een deel van de *huidige* werkenden in 2017 niet meer in de sector zal werken. Om hoeveel personen het gaat is op dit moment niet in te schatten, maar het gaat in ieder geval om tienduizenden personen. Deels is dit het gevolg van budgetkortingen en het daarmee samenhangende deels vervallen van zorgtaken, deels omdat nieuwe functies worden ingevuld door personen die nu niet in de sector werken. Te denken valt bijvoorbeeld aan beleidsambtenaren, (relatief goedkope) onderwijsuitstromers en personeel uit de doelgroepen van social return.

Overschotten op de arbeidsmarkt in combinatie met nieuwe aanbieders en grote dynamiek zetten de arbeidsvoorwaarden onder druk. De verwachting van de onderzoekers, onder andere gebaseerd op de ervaringen met de invoering van de hulp binnen het huishouden in de Wmo, is bovendien dat gemeenten druk gaan zetten op lagere tarieven, voor diensten die nieuw onder hun verantwoordelijkheid komen te vallen.

Naast de verandering in kwantitatieve zin op de arbeidsmarkt, zullen ook kwalitatieve veranderingen aan de orde zijn. Veel meer banen krijgen een organisatorische kant, zoals bij-

dragen aan de poortwachterrol, signalering, begeleiding mantelzorg, etc. Niet noodzakelijk op heel hoog niveau, maar wel een andere manier van werken en denken. Voor velen zal het een uitdagende en levendige omgeving betekenen. Een deel van de huidige werkenden zal echter niet in staat zijn te voldoen aan de ontwikkeling die de komende jaren nodig is om te voldoen aan de nieuwe eisen.

Ontwikkelingen op dit moment

Vanwege de korte termijn zijn aanbieders al bezig om zich voor te bereiden op de nieuwe situatie. Dat is bijvoorbeeld nodig met het oog op lang(er) lopende contracten (met leveranciers, werkenden, verhuurders, etc.) in relatie tot een zo toekomstbestendig mogelijke bedrijfsvoering en gezien de tijd die het kost een werknemer bij te scholen om die aan nieuwe vereisten te laten voldoen. Met diezelfde achtergrond kan ook een reorganisatie wenselijk of nodig zijn.

In welke mate dergelijke maatregelen nodig zijn, hangt onder meer af van politieke beslissingen op nationaal en lokaal niveau. Aanbieders in het (toekomstige) gemeentelijk domein spelen daar actief op in door in gesprek te gaan met gemeenten en andere aanbieders. Tot duidelijkheid over de toekomstige inrichting van de langdurige zorg en ondersteuning op lokaal niveau en de termijn waarop dat wordt ingevoerd, leidt dat meestal nog niet. Dat komt doorgaans omdat er ook voor de gemeenten nog veel onzeker is. Daarbij spelen bijvoorbeeld ook praktische omstandigheden een rol: gemeentelijk apparaat en gemeenteraden moeten zich op iets heel nieuws oriënteren, waarbij op de achtergrond bovendien de naderende gemeenteraadsverkiezingen spelen.

De aard van de beleidsmaatregelen die aanbieders nu doorvoeren worden, loopt sterk uiteen. Enerzijds kennen die een perspectief van kansen: aanbieders innoveren, werken samen met andere aanbieders om een voor gemeenten aantrekkelijke partner te worden, proberen tot een efficiëntere dienstverlening te komen, etc.

Aan de andere kant van het spectrum staat het perspectief van risico's en/of al bestaande (financiële) problemen. Aanbieders kunnen of durven niet te wachten met beleidsmaatregelen tot zij meer zekerheid hebben over hun toekomst en/of die van hun werknemers. Met bestaanszekerheid als uitgangspunt maken zij keuzes - mogelijk preludeert een deel van de aanbieders op het zwartste scenario dat zij zich kunnen indenken. Voor een deel - bijvoorbeeld kleine zelfstandige verzorgingshuizen – is het een realiteit die zich al aandient. In welke mate dit type beleid voorkomt of op korte termijn gaat voorkomen, is nog niet te zeggen. Brancheorganisaties en vakbonden geven echter aan hierover verontrustende signalen te ontvangen.

Binnen dit negatieve perspectief zijn verschillende richtingen zichtbaar waarop de (huidige) aanbieders beleid ontwikkelen. Het kan gaan om reorganisaties gericht op bezuinigingen. Daarbij lijken in eerste instantie staf en ondersteunende diensten het zwaarst onder druk te staan, alsook relatief dure dienstverlening zoals behandeling door paramedici. Andere aanbieders heroriënteren zich op hun dienstenaanbod. Een derde voorbeeld is het afbouwen (snelle bezuiniging) of juist uitbreiden (reductie risico transitiekosten en verhoging flexibiliteit) van het aantal flexibele contracten.

In een aantal branches, bijvoorbeeld WMD en jeugdzorg is dergelijk beleid al enige tijd aan de orde. In andere branches is het aantal feitelijke maatregelen vooralsnog relatief beperkt.

Het is echter de verwachting dat het vervolg van 2013 en 2014 een versterking van dit beeld te zien zullen geven. In (delen van) branches waar vooralsnog weinig verandert, zullen ook de voorbereidingen minder heftig van aard zijn.

Zoals eerder aangegeven: ten dele zijn de geschetste bewegingen het logische gevolg van beleidskeuzes op nationaal niveau. Het lijkt er echter sterk op dat momenteel risicominimalisatie een belangrijke rol speelt bij het gevoerde of geplande beleid. Onzekerheid over politieke besluiten, ook op lokaal niveau, is daarvoor een belangrijke verklaring.

Oplossing gezocht voor belangrijke knelpunten

Gezien het bovenstaande en de verwachte veranderingen onderschrijven partijen het belang van het nemen van maatregelen om mogelijke negatieve effecten op de arbeidsmarkt te ondervangen. Dat gezegd hebbende: verlies aan werkgelegenheid, vooral bij de lager opgeleiden, is onvermijdelijk. Dat geldt ook voor het verdwijnen van aanbieders. Onnodig verlies aan banen moet echter voorkomen worden. Vrijwel alle betrokken partijen zijn dan ook druk bezig op dit vlak, veelal vanuit de breed ondersteunde visie waarin de burger centraal komt te staan en betaalbare zorg van kwaliteit geleverd wordt.

Wat moet er gebeuren? Relevant is in dat verband te bezien onder welke condities de gevolgen voor de arbeidsmarkt – vooral op microniveau – ernstiger worden. Dat is (bijvoorbeeld) het geval:

- naarmate de onduidelijkheid over de in te zetten veranderingen langer voortduurt;
- naarmate de gemeenten een groter deel van het beschikbare budget aanwenden voor eigen uitvoeringskosten of spenderen aan andere onderdelen binnen het sociale domein;
- naarmate minder werknemers van werk naar werk begeleid (kunnen) worden;
- naarmate aanbieders van intramurale zorg meer te kampen krijgen met kosten als gevolg van leegstand, die ze zelf niet kunnen dragen;

Onduidelijkheid over vormgeving beleid

Allereerst is het van belang dat op zo kort mogelijke termijn meer duidelijkheid komt over de door de gemeenten in gang te zetten hervormingen, zodat aanbieders daar op kunnen anticiperen en de onzekerheid voor hen zo veel mogelijk weggenomen wordt. En zodat begonnen kan worden met het voorbereiden van werknemers op de toekomst. In veel gemeenten zijn partijen momenteel hard aan de slag om hier invulling aan te geven. Dit komt tot uiting in diverse pilots die er op lokaal niveau worden uitgevoerd om te bezien welke maatregelen het beste passen. De snelheid van besluitvorming kan toenemen als er definitieve politieke duidelijkheid is – kwesties als recent rond de persoonlijke verzorging maken het lastig voor gemeenten een definitieve keuze te maken.

Het Ministerie van VWS werkt op dit moment, samen met de betrokken partijen, aan een transitieplan waarmee gemeenten in deze context hun voordeel kunnen doen. Ook komt steeds meer informatie naar buiten uit pilots, etc. Het is belangrijk om de beoogde hervormingen niet alleen snel, maar ook goed op de rails te zetten. Dat maakt het mogelijk om de gestelde doelen te bereiken. Innovatie en samenwerking zijn nodig om nieuwe en verrassende concepten te ontwikkelen tussen welzijn - zorg (en ook onderwijs - wonen - werk). Nieuwe sociale arrangementen en ondersteuning moeten ook de ruimte krijgen om onnodige zwaardere vormen van zorg te voorkomen.

Feitelijk budget langdurige zorg en ondersteuning en WMD

De beleidsvrijheid van gemeenten kan betekenen dat zij een groter deel van het beschikbare budget aanwenden voor eigen uitvoeringskosten of spenderen aan andere onderdelen binnen het sociale domein, bijvoorbeeld bijstandsuitkeringen. De eerder geschetste macro- en micro-effecten worden daardoor versterkt. Dat is – uiteraard – voor aanbieders en werkenden in de sector geen positief vooruitzicht. De keuze is aan de gemeenten, die daarbij lokale omstandigheden en wensen van burgers meewegen, maar om onnodige onzekerheid en transitiekosten te voorkomen, is ook hier snelle duidelijkheid gewenst.

Investering in van werk naar werktrajecten

Er zijn forse investeringen nodig in het arbeidsmarktbeleid om de gevolgen van de stelselwijzigingen op de arbeidsmarkt in de komende jaren zo veel mogelijk te verzachten, zowel voor aanbieders (lagere transitiekosten) als voor werkenden (werkloosheidsrisico). Partijen in de zorg zijn dan ook volop bezig om met sectorplannen hier invulling aan te geven. Deze bevatten maatregelen betreffende de gevolgen van gedwongen ontslagen (onder meer werk naar werktrajecten) en de noodzaak tot om- en bijscholing als gevolg van de transitie.

Duidelijkheid over het landelijke en het gemeentelijke beleid is nodig om van werk naar werk trajecten te kunnen ontwikkelen. Waar ontstaan openingen op de arbeidsmarkt? Aan welke competenties gaat behoefte ontstaan? Binnen diverse gemeenten lopen op deze terreinen pilots. Vanwege de mate waarin functies veranderen, kan van werk naar werk in deze context overigens ook bij dezelfde werkgever voorkomen. In het bijzonder de invulling en de samenstelling van de wijkteams spelen in dit verband een belangrijke rol. Het is aan te bevelen dat de sectorplannen nadrukkelijk rekening houden met grote verschillen tussen regio's en/of gemeenten.

Leegstand

Voor de huidige aanbieders zijn dreigende transitiekosten als gevolg van leegstand een groot probleem/risico. Beter inzicht hierin is wenselijk. Ook zijn de brancheorganisaties van mening dat het neerleggen van deze transitiekosten bij (alleen) de aanbieders niet realistisch is. Dit zou zich vertalen in extra ontslagen. Men kan zich ook afvragen of er wel sprake is van een eerlijk speelveld in vergelijking tot nieuwe aanbieders. Hiertegen wordt ingebracht dat gevestigde instellingen al een positie bij gemeenten hebben, die door nieuwe aanbieders nog dient te worden verworven, wat extra inspanningen en investeringen vergt. Er moet bezien worden of flankerend beleid op dit punt nodig is.

1 Achtergrond, doel en opzet van het onderzoek

1.1 Achtergrond

De nieuwe maatregelen in het Regeerakkoord 2012 gericht op de AWBZ, de Wmo, de Jeugdzorg (en ook de Participatiewet) zijn stelselwijzigingen. Deze hebben als uitgangspunt de langdurige zorg en ondersteuning dichter bij de burger te brengen, en gaan gepaard met bezuinigingen. De sociale partners in zorg en welzijn[1] ondersteunen veel uitgangspunten van de stelselwijzigingen. Zij zien kansen in bijvoorbeeld het benutten van de capaciteiten van medewerkers en de zelfregie van burgers.
Er zijn echter ook zorgen over mogelijk kwaliteitsverlies en verlies van duizenden banen; de verplaatsing van het zwaartepunt van arbeidsplaatsen naar de eerstelijns- en preventiesectoren[2] waar eerder is bezuinigd; en de ervaring dat bij een stelselwijziging andere kwalitatieve eisen aan de professionaliteit van de medewerkers worden gesteld. De sociale partners hebben daarom de Staatssecretaris van VWS gevraagd om een ArbeidsmarktEffectRapportage (AER) over de mogelijke gevolgen van de maatregelen voor de arbeidsmarkt in de diverse branches. VWS heeft vervolgens het consortium Onderzoeksprogramma AZW, bestaande uit de bureaus Panteia, Etil en SEOR, opdracht gegeven dit onderzoek uit te voeren.

Vooraf dient te worden opgemerkt dat op dit moment nog geen volledige helderheid is over de uiteindelijke vormgeving van de stelselwijzigingen van vooral de AWBZ en Wmo, laat staan van de invulling die gemeenten hieraan gaan geven. Deze eerste fase van de AER is dan ook vooral een eerste inschatting van de mogelijke effecten van de voorgenomen maatregelen op de arbeidsmarkt in care. Later dit jaar volgt er een tweede fase, waarin getracht wordt de implementatiewijze en de effecten van de verwachte ontwikkelingen verder te concretiseren. De AER zou vervolgens de komende twee tot drie jaar een periodiek (monitor) karakter kunnen krijgen om, naarmate het beleidsproces verder is gevorderd, hardere uitspraken te kunnen doen over de arbeidsmarkteffecten.

[1] De sociale partners in zorg en welzijn zijn aan werkgeverszijde ActiZ, BTN, GGZ Nederland, Jeugdzorg Nederland, de MOgroep, Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland en aan werknemerszijde Abvakabo FNV, CNV Publieke Zaak, NU'91 en FBZ. AbvaKabo FNV meldt expliciet niet achter de plannen te staan en hier actie tegen te voeren.

[2] Naast plaats van behandeling (intramuraal, extramuraal, semimuraal en transmuraal) is de zorg in te delen naar behandelingsniveau; de nulde, eerste, tweede en derdelijn. De aard van het gezondheidsprobleem is bepalend voor het behandelingsniveau. Wanneer er zorg wordt aangeboden zonder dat er een hulpvraag is, wordt dat preventieve gezondheidszorg genoemd, of ook wel nuldelijnszorg. GGD'en verlenen vaak deze zorg. Als er een hulpvraag is, wordt getracht met algemene zorg in de eerstelijn de klachten te verhelpen. Deze zorg is direct toegankelijk. Het gaat onder meer om huisartsenzorg, eerstelijnspsychologische zorg, fysiotherapie, mondzorg en verloskundige zorg. Als de zorg in de eerstelijn ontoereikend is en meer specialistische zorg noodzakelijk is, verwijzen zorgverleners door naar de tweedelijn. Onder tweedelijnszorg vallen ziekenhuiszorg, geestelijke gezondheidszorg en gespecialiseerde jeugdzorg. Op het moment dat er hoogspecialistische zorg nodig is, zowel voor geestelijke als somatische gezondheidsproblemen, volgt doorverwijzing naar instellingen voor topklinische zorg. Dit wordt derdelijnszorg genoemd. Zie: http://www.nationaalkompas.nl/zorg/wat-is-gezondheidszorg.

1.2 Afbakening en doelstelling

Het onderzoek richt zich op de vanuit de AWBZ en Wmo gefinancierde zorg en op de jeugdzorg. Hoewel er recentelijk door het bovengenoemde consortium een onderzoek is uitgevoerd naar arbeidsmarkteffecten van de transitie jeugdzorg[1] wordt ook deze branche in het onderzoek meegenomen. Sectoraal gezien gaat het dan om de volgende branches (waarop deels dezelfde, deels verschillende maatregelen van toepassing zijn):

- Gehandicaptenzorg (intramuraal en extramuraal)
- Thuiszorg en Hulp bij het huishouden
- Intramurale V&V
- Geestelijke gezondheidszorg (het niet-curatieve deel)
- Welzijn en maatschappelijke dienstverlening[2]
- Jeugdzorg.

Het onderzoek richt zich primair op de 'care'-markt als geheel. De branches fungeren hierbij als referentiekader.

In het onderzoek betrekken we ook meer algemene arbeidsmarktrelevante maatregelen uit het Regeerakkoord 2012 en het Begrotingsakkoord 2013. Daarnaast zijn de afspraken in het Zorgakkoord verwerkt.

Centraal in het onderzoek staan de arbeidsmarkteffecten van de maatregelen. Er wordt echter ook aandacht besteed aan bedrijfseconomische effecten (bijvoorbeeld uitvoeringslasten voor gemeenten en transitie-/frictiekosten voor instellingen in de sfeer van vastgoed, wachtgeld e.d.).

Mogelijke arbeidsmarkteffecten

In theorie kunnen de voorgenomen maatregelen effecten hebben op:

1. (Financiële) houdbaarheid van het stelsel
2. Toegang tot en kwaliteit van de zorg voor cliënten (en daarmee ook op de druk op mantelzorg)
3. Financiële situatie aanbieders
4. Huisvesting van aanbieders (leegstand/ sluiting intramurale voorzieningen[3])
5. Personeel van aanbieders.

Aangezien het in het onderhavige onderzoek om een arbeidsmarkteffectrapportage gaat, zijn vooral de drie laatstgenoemde effecten (en vooral het laatste) relevant.

Globaal beschouwd zijn - per branche - de volgende typen mogelijke arbeidsmarkteffecten te onderscheiden:

- Kwantitatieve arbeidsmarkteffecten:
  - Meer/minder arbeidsvraag
  - Personeelstekorten/-overschotten in de branche
- Kwalitatieve arbeidsmarkteffecten:
  - Hogere/lage eisen door werkgevers aan kwalificaties

[1] Panteia, SEOR en Etil (2013). *Arbeidsmarkteffectrapportage transitie Jeugdzorg*.

[2] De WMD neemt een bijzondere plaats in binnen het onderzoek; de stelselwijzigingen hebben geen rechtstreekse invloed op de WMD, maar er zijn substantiële indirecte effecten te verwachten. Als gevolg daarvan varieert de wijze waarop de WMD betrokken is – dit wordt steeds aangegeven.

[3] In dit verband is te wijzen op recent onderzoek van Berenschot. Volgens dit onderzoeksbureau dreigt voor 800 van de bijna 2000 verpleeg- en verzorgingshuislocaties sluiting, omdat het scheiden van wonen en zorg in deze locaties financieel niet rendabel is. Zie: Berenschot (2103). *De Vergrijzing Voorbij.*

– Vaardigheden en competenties van werknemers in de branche
– Betere/slechtere arbeidsvoorwaarden en –omstandigheden voor werknemers in de branche
– Wijzigingen functiestructuur, o.a. nieuwe functies
– Effecten op het imago van (werken in) de branche en daarmee op de mogelijkheden personeel te werven:
– Beter/slechter imago
– Betere/slechtere wervingsmogelijkheden in de branche.

Bij dit alles is ook nog een onderscheid te maken tussen:
– Effecten op micro-, meso- en macroniveau (respectievelijk aanbieders en werkenden, branche en sector zorg en WJK als geheel en/of andere sectoren)
– Tijdelijke, transitie-effecten (als gevolg van de aanpassing van processen en productiemiddelen aan het nieuwe stelsel) en structurele effecten.

Het doel van het onderzoek is tweeledig en gefaseerd:
– Fase 1: Het globaal in kaart brengen van de mogelijke effecten van de diverse maatregelen in de AWBZ, Wmo en de jeugdzorg op de arbeidsmarkt. Hiertoe wordt een aantal verschillende toekomstscenario's opgesteld, waarbij we de effecten voor de arbeidsmarkt in de diverse branches op hoofdlijnen schetsen. De AER levert ook input voor de Sectorplannen die door de branches worden voorbereid.
– Fase 2: Zal zich richten op meer gedetailleerd inzicht in implementatie en effecten van de stelselwijzigingen. Concrete invulling van de onderzoeksopzet zal plaatsvinden in overleg met opdrachtgever en begeleidingscommissie.

Het voorliggende rapport betreft fase 1.

1.3 Opzet van het onderzoek

Fase 1 van het onderzoek richtte zich op het opstellen van scenario's, het doorrekenen van de effecten hiervan en het in kaart brengen van de visie van betrokken partijen. In hoofdlijnen was de opzet van deze fase als volgt:

1. Met een kernteam van experts zijn globale scenario's opgesteld om een basis te leggen voor het verdere onderzoek.
2. Vanuit twee perspectieven zijn deze globale scenario's gevoed:
   a Met case studies onderzochten we de visie van aanbieders[1], gemeenten en zorgverzekeraars (arbeidsmarkteffecten op microniveau).
   b Verder interviewden we landelijke stakeholders en deskundigen. Deze interviews gingen zowel over arbeidsmarkteffecten op micro- als op meso-/macroniveau.
3. Hierna volgden expertmeetings met onafhankelijke deskundigen, georganiseerd rondom verschillende arbeidsmarktsectoren (effecten op micro- en meso-/macroniveau), om de scenario's nader in te vullen.[2]
4. Er heeft een eerste doorrekening plaatsgevonden van het nul-scenario[3].
5. Ten slotte is voorliggende rapportage samengesteld.

[1] In de verschillende branches worden verschillende termen gebruikt voor de organisaties die dienstverlening leveren. In de algemene hoofdstukken van dit rapport (Hoofdstukken 1 tot en met 3) wordt de neutrale term 'aanbieders' gehanteerd.

[2] Voor de branche GGZ heeft deze meeting digitaal plaatsgevonden, voor de branche Jeugdzorg heeft geen meeting plaatsgevonden.

[3] De scenario's worden toegelicht in paragraaf 3.3.

Bijlage 1 tot en met 3 bevatten respectievelijk een nadere onderzoeksverantwoording, een overzicht van de deelnemers aan het kernteam, de interviews en de expertmeetings en een literatuurlijst.

1.4 Leeswijzer

Dit rapport is als volgt opgebouwd:
Hoofdstuk 2 geeft een toelichting op de maatregelen in de langdurige zorg, de maatschappelijke ondersteuning en de jeugdzorg, en op andere maatregelen die van invloed kunnen zijn op de arbeidsmarkt in deze sectoren.
Hoofdstuk 3 gaat eerst in op de stand van zaken ten aanzien van het personeelsbestand en de financiën in de langdurige zorg en ondersteuning en de jeugdzorg. Vervolgens gaan we in op de verwachtingen en voornemens van gemeenten ten aanzien van de organisatie van de langdurige zorg en ondersteuning en de jeugdzorg op lokaal niveau. Daarna komen de scenario's voor de langdurige zorg en ondersteuning en de jeugdzorg op lokaal niveau aan bod, zoals die in deze eerste fase van het onderzoek zijn voorgelegd aan diverse partijen. Daarbij gaan we in op de inschatting door betrokken partijen van de plausibiliteit en de effecten van de onderscheiden scenario's. Vervolgens beschrijven we de kansen en risico's die de betrokken partijen zien in de maatregelen. Het hoofdstuk sluit af met een aantal kansrijke oplossingsrichtingen voor mogelijke personeelsoverschotten als gevolg van de maatregelen.
In de hoofdstukken hierna (4 tot en met 8) wordt per hoofdstuk ingegaan op een specifieke branche. Hierbij komen respectievelijk de gehandicaptenzorg; de verpleging, verzorging en thuiszorg; de GGZ; welzijn en maatschappelijke dienstverlening en de jeugdzorg aan bod.

Tot slot is het belangrijk op te merken dat harde (kwantitatieve) informatie schaars is gebleken. De resultaten in dit rapport zijn dan ook voor een belangrijk deel gebaseerd op gesprekken met betrokken partijen en op publicaties. Aanbieders in de branches en hun perceptie van de toekomst vormen een belangrijke bron van informatie. De onderzoekers hebben het beeld dat zo naar voren komt naar vermogen 'gefilterd'. Zowel voor het door partijen in het veld te voeren beleid als voor een nauwkeuriger arbeidsmarkteffectrapportage is meer duidelijkheid vereist.

2 Maatregelen

In dit hoofdstuk geven we een toelichting op de maatregelen in de langdurige zorg en ondersteuning, en op andere maatregelen die van invloed kunnen zijn op de arbeidsmarkt in de betrokken branches. Het gaat hierbij om de plannen uit het Regeerakkoord 2012, waarin wijzigingen uit het Zorgakkoord van 24 april 2013 en het Sociaal Akkoord van 11 april 2013 zijn verwerkt. Daarnaast noemen we enkele aanvullende maatregelen uit het Begrotingsakkoord 2013.

In paragraaf 2.1 gaan we in op de maatregelen in de langdurige zorg en ondersteuning en in paragraaf 2.2 op de maatregelen in de jeugdzorg. Hierna geeft paragraaf 2.3 een overzicht van de middelen die, gepaard met deze maatregelen, overgeheveld worden. Paragraaf 2.4 tenslotte gaat in op overige relevante maatregelen.

2.1 Maatregelen in de langdurige zorg en ondersteuning

In de langdurige zorg en ondersteuning wordt een nieuwe koers ingeslagen. Delen van de huidige AWBZ worden overgeheveld naar de Wmo, de Zvw en de Jeugdwet. Over blijft een kern-AWBZ, genaamd Wet Langdurige Intensieve Zorg (LIZ), waar alleen nog intramurale zorg voor de meeste kwetsbare mensen onder valt.

Deze veranderingen gaan gepaard met de uitgangspunten dat als hulp of ondersteuning nodig is, eerst naar het eigen sociale netwerk wordt gekeken en dat zorg dichtbij wordt georganiseerd. Degenen voor wie de informele zorg niet toereikend is, krijgen formele langdurige zorg en ondersteuning. Dat kan zowel intramurale als extramurale langdurige zorg en ondersteuning zijn.
Een ander uitgangspunt is dat niet de aard van de zorgvraag (aandoening/beperking) maar de mens centraal staat. Ook komt de focus meer te liggen op samenwerking tussen de verschillende aanbieders en houdbaar (deels collectief) gefinancierde voorzieningen.

1. Extramuralisatie

Volgens het Regeerakkoord 2012 zou de zorg voor personen met een ZZP 1 t/m 4 geëxtramuraliseerd worden. In het Zorgakkoord is de voorgenomen extramuralisering echter verzacht. Ten opzichte van het regeerakkoord komen in de toekomst meer mensen in aanmerking voor zorg in een instelling. Het gaat om ouderen met een zwaardere zorgvraag en mensen met een lichamelijke, verstandelijke, auditieve en visuele handicap en gedragsproblemen:

- Bij de ouderenzorg ZZP 4 wordt verwacht dat niet 100 procent van de mensen thuis kunnen wonen, maar 50 procent.
- De zorg voor mensen vanaf 18 jaar met een licht verstandelijk handicap en (zware) gedragsproblemen blijft volledig in de AWBZ (LVG ZZP 1 t/m 5 en ZZP SG LVG1), tot 18 jaar valt deze onder de Jeugdwet. Voor de verstandelijk gehandicaptenzorg VG ZZP 3 geldt een verzachting van 50 procent; voor VG ZZP 4 een verzachting van 100 procent. Ook de zwaardere zorg voor lichamelijk, auditief en visueel gehandicapten blijft in de AWBZ.
- Het voornemen om GGZ ZZP 3 te extramuraliseren vindt geen doorgang. Dit heeft als consequentie dat deze zorg ook overgaat naar de Zvw. Het is wel de ambitie om 1/3 van de gehele GGZ te ambulantiseren.

De resterende AWBZ wordt omgevormd tot een landelijke voorziening (LIZ).

2. Verantwoordelijkheid gemeenten bij ondersteuning, begeleiding en verzorging

Begeleiding, persoonlijke verzorging en dagbesteding voor personen onder de 18 jaar komt onder de Jeugdwet te vallen. Vanaf 18 jaar komen extramurale verzorging en begeleiding/dagbesteding per 2015 te vallen onder de Wmo en daarmee onder de verantwoordelijkheid van de gemeenten[1]. Extramurale dagbesteding gaat volledig over; voor persoonlijke verzorging vervalt per 2015 het recht op zorg vanuit de AWBZ bij een indicatie korter dan 6 maanden, en wordt de norm voor gebruikelijke zorg van 60 naar 90 minuten verhoogd.

Deze diensten worden beperkt (budgetkorting van 15 tot 25 procent) en meer gericht op waar ze het hardste nodig zijn. De budgetten worden via het algemene gemeentefonds naar de gemeenten overgeheveld. De enige oormerking daarbij is het 'sociale domein'. Dit betekent dat gemeenten de aan de overheveling gekoppelde extra middelen binnen het sociale domein naar eigen inzicht kunnen inzetten, al dan niet voor langdurige zorg en ondersteuning.

Door de overheveling van extramurale begeleiding en verzorging zullen gemeenten nieuwe doelgroepen moeten gaan bedienen, die veelal niet gewend zijn zich tot de gemeente te wenden voor ondersteuning. In de tijd tot de daadwerkelijke transitie in 2015 moeten gemeenten hun uitgangspunten aanscherpen, hun beleid formuleren, afspraken maken met aanbieders en maatschappelijke organisaties (al dan niet middels aanbesteding) en (onder andere) de toegang organiseren. Voor de concrete invulling van de gedecentraliseerde voorzieningen (waaronder verder ook de jeugdzorg en de participatiewet, zie verderop) krijgen de gemeenten ruime beleidsvrijheid. Wel is er voor kleinere gemeenten de noodzaak - en in geval van jeugdzorg zelfs de verplichting - voor nauwere samenwerking (en op termijn mogelijk zelfs een fusie)[2].

3. Versobering huishoudelijke hulp

Het Regeerakkoord ging uit van een sterke versobering van de aanspraken op huishoudelijke hulp: gemeenten zouden slechts 25 procent van hun budget overhouden voor een maatwerkvoorziening die alleen beschikbaar is voor hen die het echt nodig hebben en niet zelf kunnen betalen. In het Zorgakkoord worden de middelen voor de huishoudelijke hulp echter verhoogd ten opzichte van het regeerakkoord: van het huidige budget blijft daardoor 60 procent beschikbaar voor gemeenten (samengevoegd met de andere gemeentelijke middelen in het sociale domein). De verwachting is dat het oorspronkelijk voorziene werkgelegenheidsverlies hiermee substantieel verzacht wordt. De maatregel geldt per 2015. Een en ander wordt geregeld in de nieuwe Wmo 2015. Voorts zal het advies van de Commissie Kalsbeek aangaande de Regeling persoonlijke dienstverlening aan huis van belang zijn.

4. Overheveling langdurige GGZ van AWBZ naar Zvw

De langdurige, intramurale GGZ in de AWBZ wordt in 2015 (deels) overgeheveld naar de Zorgverzekeringswet (Zvw): het op behandeling gerichte verblijf in een GGZ-instelling wordt overgeheveld naar de Zorgverzekeringswet. Deze overheveling is budgetneutraal en gaat niet gepaard met bezuinigingen.

[1] Gedurende de afronding van dit rapport kwam naar voren dat persoonlijke verzorging mogelijk toch niet overgaat naar de gemeenten. In het rapport is dat verder niet verwerkt.

[2] Het kabinet streeft naar samenwerkingsverbanden van gemeenten die samen minstens rond de 100.000 inwoners hebben. Zie ook: Ministerie van BZK (2013). *Decentralisatiebrief. Kamerbrief aanpak decentralisaties op terrein van ondersteuning, participatie en jeugd*

Het begeleid wonen dat gericht is op participatie vindt het kabinet meer passen binnen het gemeentelijke domein. Samen met de sector wordt deze afbakening verkend.

5. Overheveling extramurale verpleging van AWBZ naar Zvw

De extramurale verpleging (verpleging thuis) wordt overgeheveld van de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet. De indicatiestelling vervalt en de bekostiging wordt populatiegebonden. In 2017 vindt een korting op het budget van 5 procent plaats (risicodragende uitvoering).
De Zvw krijgt een nieuwe aanspraak: thuisverpleging. Deze aanspraak omvat verpleging en indien onlosmakelijk daarmee verbonden ook verzorging. Deze is bedoeld om mensen die voorheen een zwaarder zorgzwaartepakket zouden hebben gekregen, langer thuis te laten blijven wonen. Bij het nader definiëren van deze nieuwe aanspraak worden de elementen verpleging, verzorging en begeleiding betrokken die voorheen onder de AWBZ vielen.

6. Investering in wijkverpleegkundigen en sociale wijkteams

Eerdere investeringen in wijkverpleegkundigen met een coördinerende functie, de zogenoemde 'zichtbare schakels' leverden positieve resultaten op. Deze aanpak versterkt de zorg in de buurt, zodat zorg dicht bij de mensen thuis wordt geleverd. De wijkverpleegkundige krijgt tijd om zich te concentreren op de totale zorgvraag van de cliënt. De wijkverpleegkundige kan naast verpleegkundige werkzaamheden een impuls geven aan de samenhangende langdurige zorg en ondersteuning van mensen door verbindingen te leggen met bijvoorbeeld andere verpleegkundigen, de huisarts, het ziekenhuis, de GHZ, de GGZ, verzorgenden, de jeugdgezondheidszorg, de GGD, welzijn, woningbouwcorporaties en mantelzorgers. Zij kan de zorg coördineren die door gemeenten en zorgverzekeraars wordt geleverd.
Gezien deze resultaten investeert het kabinet de komende jaren structureel € 200 miljoen voor wijkverpleegkundige zorg (opleidingen, infrastructuur en ondersteuning ten behoeve van de inzet van meer wijkverpleegkundigen). Daarboven komt structureel € 50 miljoen beschikbaar om gemeenten te stimuleren sociale wijkteams op te richten.

7. Maatregelen Begrotingsakkoord 2013

Aanvullend op bovenstaande worden in het Begrotingsakkoord de volgende maatregelen in de langdurige zorg genoemd:

- *Afremmen uitgavengroei AWBZ:* de uitgavengroei in de AWBZ wordt afgeremd tot het niveau van de demografische groei, met een beperking van de groei van de contracteerruimte tot gevolg.
- *Terugdraaien investeringsgeld (Agema-gelden) voor GGZ en GHZ:* de eerdere ophoging van intramurale tarieven in de GGZ en de gehandicaptensector en de verhoging van de pgb-tarieven voor verblijfsgeïndiceerden zijn teruggedraaid.
- *Bezuiniging op vervoer:* er wordt in het Begrotingsakkoord 2013 bezuinigd op vervoer van en naar de dagbesteding en behandeling in groepsverband. De normtarieven voor dit vervoer worden verlaagd, vergoeding op basis van nacalculatie wordt afgeschaft.
- *Verhoging eigen bijdrage AWBZ:* de vermogensinkomensbijtelling voor de AWBZ wordt in het Begrotingsakkoord 2013 verhoogd. Vermogende cliënten dienen een hogere eigen bijdrage te leveren aan de AWBZ-zorg die zij ontvangen.

8. Waarborgen voor werknemers Wmo[1]

In het wetsvoorstel tot wijziging van de huidige Wmo zullen de waarborgen voor werknemers uit hoofde van de wetsvoorstellen Kant/Leijten worden verankerd. Kort en goed gaat het om de volgende waarborgen:

- Geen verplichte aanbesteding: indien het college van B&W besluit het verlenen van huishoudelijke hulp door derden te laten verrichten, geldt niet de verplichting tot het uitschrijven van een aanbesteding;
- Overname personeel: indien een gemeente besluit een nieuwe aanbieder te contracteren, treedt deze aanbieder in overleg over de overname van het betrokken personeel met aanbieder(s) die vóór hem in opdracht van de gemeente huishoudelijke hulp hebben verleend. Met gemeenten en het kabinet worden nadere afspraken gemaakt om scherper toezicht te houden op deze afspraken en CAO-bepalingen;
- Basistarieven: gemeenten dienen basistarieven voor huishoudelijke hulp vast te stellen.

Bij de wijziging van de huidige Wmo uit hoofde van de in het regeerakkoord vervatte decentralisaties, zal expliciet aandacht zijn voor deze aspecten. Een en ander moet tevens worden bezien in het licht van de kwaliteit van ondersteuning: de bij deze kwaliteit betrokken partijen maken afspraken over kwaliteitswaarborgen in de herziene Wmo.

2.2 Maatregelen in de jeugdzorg

Per 1 januari 2015 wordt alle ondersteuning, hulp en zorg bij opgroeien en opvoeden gedecentraliseerd naar de gemeenten[2]. Het gaat hierbij om de provinciale jeugdzorg, zorg voor jeugd met een verstandelijke beperking[3], begeleiding, persoonlijke verzorging en dagbesteding van jeugd met overige beperkingen, Algemeen Meldpunt Kindermishandeling, Steunpunt Huiselijk Geweld, jeugd-GGZ, jeugdzorg-plus (gesloten jeugdzorg), kinderbeschermingsmaatregelen en jeugdreclassering.
De decentralisatie van jeugdzorg gaat gepaard met een nieuw wettelijk kader: de Jeugdwet. Het wetsvoorstel is medio 2013 aangeboden aan de Tweede Kamer.
Het regeerakkoord meldt verder dat de professionalisering van de jeugdzorg, inclusief opleidingseisen, beroepscodes en tuchtrecht, zal worden versneld[4].

Doelstelling

Vergelijkbaar met de doelstellingen van de maatregelen in de AWBZ (paragraaf 2.1) dient het nieuwe stelsel van zorg voor jeugd een meer integraal aanbod en een omslag op te leveren naar meer preventie, vroegtijdiger signaleren en ondersteuning, meer uitgaan van eigen kracht van jeugd en gezin en minder medicalisering. Door eerder de juiste hulp op maat te bieden kan beroep op dure gespecialiseerde hulp worden voorkomen. Door ontschotting van budgetten ontstaan meer mogelijkheden voor ‘één gezin, één plan, één regisseur’ én

[1] Ministerie van VWS (2013). Kamerbrief Resultaten zorgoverleg.

[2] De voorkeur gaat uit naar overheveling in één keer in plaats van gefaseerd. Dat is duidelijker voor cliënten, doet geen afbreuk aan ontwikkeling van meer integrale zorgtrajecten in de provinciale jeugdzorg, zorgt voor minder bestuurlijke versnippering en voorkomt financieel afschuifgedrag (waterbedeffect en bestuurlijk drukte verminderen).

[3] Met uitzondering van de (verblijfs)zorg voor jeugdigen met een verstandelijke beperking die naar verwachting levenslang aangewezen blijven op zorg. Deze zorg blijft in de AWBZ.

[4] In de branche loopt reeds het Actieplan Professionalisering Jeugdzorg. Zie ook: Ministerie van VWS (2012). *Kamerbrief Eindrapportage Plan van Aanpak Arbeidsmarkt Jeugdzorg.*

voor zorgvernieuwing. Gemeenten kunnen hun taak doelmatiger uitvoeren door ontschotting en investering in preventie en vroegtijdig signaleren. Het wordt makkelijker verbindingen te leggen tussen zorg, lokaal gezondheidsbeleid, onderwijs, werk en inkomen, sport en veiligheid. Gemeenten moeten zorgen voor samenwerking met scholen en tijdige doorverwijzing naar vroeg- en voorschoolse educatie.

Budgettair kader

In de jeugdzorg gaat momenteel ruim € 3 miljard om. Gemeenten ontvangen € 0,3 miljard in het gemeentefonds voor de Centra voor Jeugd en Gezin. De transitie gaat gepaard met een efficiencykorting oplopend tot € 450 miljoen in 2017, dat is 15 procent van het totaalbedrag van circa 3 miljard euro. De budgetten voor jeugdzorg worden aan het sociale domein van het algemene gemeentefonds toegevoegd en zijn dus niet specifiek voor jeugdzorg geoormerkt. In het Zorgakkoord is hier echter een aanpassing op gedaan: besloten is de voorgenomen korting op het jeugddossier (gerelateerd aan de jeugd-GGZ) voor een belangrijk deel teniet te doen door het GGZ-kader geoormerkt te verhogen voor de jeugd. Er is echter onduidelijkheid over de interpretatie van dit besluit. GGZ Nederland gaat ervan uit dat het geoormerkte deel door de gemeenten daadwerkelijk wordt ingezet voor de jeugd-ggz.

Rijk, VNG en IPO hebben samen een landelijke Transitieagenda Jeugdzorg opgesteld voor de uitvoering van de transitie jeugdzorg[1]. De voorbereiding van het nieuwe jeugdstelsel is reeds in volle gang.

2.3 Over te hevelen middelen

Tabel 2.1 laat zien welk deel van de AWBZ, met uitzondering van de jeugd-GGZ en jeugd-GHZ, over gaat naar de Wmo.
In de tabel zijn allereerst de AWBZ-budgetten 'oude stijl' in 2013 en 2015 weergegeven. Vervolgens is het verschil tussen beide jaren, oftewel de korting hierop weergegeven. In de laatste twee kolommen is te zien welk deel van het AWBZ-budget in 2015 overgaat naar de Wmo.

Tabel 2.1 Over te hevelen middelen in 2015, in miljoenen (excl. jeugdzorg)

	Budget AWBZ oude stijl		Korting op AWBZ 2015 t.o.v. 2013		Deel naar Wmo in 2015	
	Jaar 2013	Jaar 2015	absoluut	relatief	absoluut	relatief
GGZ	2.528	2.522	6	0,2%	1.333	53%
GHZ	7.793	7.692	101	1,3%	796	10%
VV	13.502	12.707	795	5,9%	2.328	18%
Rest[2]	2.746	2.480	266	9,7%	1.052	42%
Totaal	26.569	25.401	1.168	4,4%	5.509	22%

Bron: VWS

Voor de transitie jeugdzorg geldt zoals reeds gesteld dat deze gepaard gaat met een efficiencykorting van €120 miljoen in 2015 en €300 miljoen in 2016, oplopend tot €450 miljoen

[1] Rijksoverheid (2012). *Kamerbrief Transitieagenda Jeugdzorg.*

[2] Het betreft hier met name pgb's.

in 2017, dat is 15% van het totaalbedrag van circa 3 miljard euro. Van dit totaalbedrag is ongeveer 40% van het budget afkomstig van de AWBZ, en 60% vanuit de provinciale jeugdzorgmiddelen. Een deel van de jeugdzorg is onderdeel van de GHZ en GGZ. De middelen hiervoor worden meegenomen in de over te hevelen middelen naar gemeenten voor deze branches[1].

2.4 Overige relevante maatregelen

1. Participatiewet

Op 1 januari 2015 wordt de Participatiewet van kracht. Deze wet draagt zorg voor een inkomen voor en helpt mensen met een beperking om aan het werk te komen. Drie wetten worden met de Participatiewet samengevoegd: de Wet sociale werkvoorziening, de Wet werk en bijstand en een deel van de Wajong. Gemeenten worden volledig verantwoordelijk voor de uitvoering van de wet. Dat gaat gepaard met kortingen: de subsidie op de sociale werkvoorziening wordt in zes jaar afgebouwd; de instroom wordt per 1 januari 2014 stopgezet. In totaal wordt tot en met 2017 structureel 1,8 miljard euro bezuinigd op de Participatiewet.

Door de Participatiewet verandert onder meer het volgende:

- Alle mensen met een Wajonguitkering worden herkeurd, waarbij wordt vastgesteld of zij voldoende arbeidsvermogen hebben om in te stromen in de Participatiewet.
- Mensen met een Wajong-uitkering met arbeidsvermogen, gaan uit de Wajong en komen in de Participatiewet. De Wajong is vanaf 2014 alleen nog voor mensen met duurzaam geen arbeidsvermogen (instroom blijft mogelijk).
- Vanaf 2014 krijgen gemeenten geld om 30.000 'beschutte werkplekken' te maken. Dit zijn werkplekken waar mensen onder begeleiding werken, tegen het wettelijke minimumloon. Niemand kan vanaf 2014 meer aan de slag in de huidige sociale werkvoorziening.
- Indien werkgevers zich niet aan hun belofte houden om meer arbeidsgehandicapten aan het werk te krijgen, wordt een quotum ingevoerd waarbij bedrijven en overheden moeten voldoen aan vijf procent gehandicapten in hun personeelsbestand.
- Er komen 35 werkbedrijven waarin vakbonden, gemeenten en werkgevers gaan samenwerken om mensen met een arbeidsbeperking aan het werk te krijgen.
- Werknemers onder de Participatiewet – die niet in staat zijn 80% van het WML te verdienen – krijgen loonkostensubsidie om hun loonwaarde (die te werkgever betaalt) aan te vullen tot minimumloon. De werkgever vult vervolgens verder aan tot CAO-loon. Uiteindelijk moeten het salaris plus de aanvullende uitkering samen even hoog zijn als het minimumloon[2].

In de gehandicaptenzorg en de GGZ worden cliënten door gerichte ondersteuning, aangepaste opleidingen, werktraining en jobcoaching begeleid naar betaald werk. De financiering van deze activiteiten vanuit de AWBZ en het UWV wordt na 2015 onderdeel van de nieuwe Participatiewet. De nieuwe werkbedrijven zullen hier waarschijnlijk een grote rol in gaan spelen, het primaat ligt echter bij de gemeenten. Deze overgang heeft eveneens gevolgen

[1] In de begrotingsgegevens van VWS wordt voor de zorg in natura uitgegaan van een andere leeftijdsverdeling dan in andere bronnen (die door de VGN worden gehanteerd). Hierdoor ontstaat een verschil in de totale omvang van de middelen in de gehandicaptenzorg die voor jeugdzorg worden overgeheveld. Het effect hiervan op de totale beschikbare middelen in de gehandicaptenzorg is niet duidelijk en kan ook positief zijn.

[2] Ministerie van VWS (2012). *Kamerbrief Contouren Participatiewet*; Artikel 'De uitdagingen van de Participatiewet', OP: movisie.nl, 4 februari 2013.

voor de arbeidsmarkt in de langdurige zorg en ondersteuning en de WMD (in het bijzonder gehandicaptenzorg en GGZ).

2. WW en ontslagrecht

WW

De in het Regeerakkoord aangekondigde verkorting van de maximale duur van de WW, is in het Sociaal Akkoord deels teruggedraaid. De maximale duur van de WW wordt nu vanaf 2016 met één maand per kwartaal teruggebracht, totdat de deze vanaf 2019 maximaal twee jaar wordt uitgekeerd door de overheid. Via de CAO kunnen werkgevers en werknemers aanvullende afspraken over de WW maken. De ambitie in het Sociaal Akkoord is via aanvullende afspraken hoogte en duur gelijk te houden.

In de sector zijn overigens vooral bij CAO geregelde wachtgeldregelingen van belang.

Ontslagrecht

Het ontslagrecht wordt vanaf 2016 vereenvoudigd, waarbij er per saldo geen sprake is van een verzwaring of verlichting van de ontslagbescherming:

- Ontslagen om bedrijfseconomische redenen lopen voortaan uitsluitend via het UWV. Dat kan overgaan naar de sector als daarover afspraken gemaakt worden in de CAO. Ontslagen om in de persoon gelegen redenen lopen voortaan uitsluitend via de kantonrechter.
- Iedereen die ontslagen wordt krijgt recht op een wettelijk genormeerde transitievergoeding, die gemaximeerd is op €75.000 of op een jaarsalaris voor de inkomens boven die grens.

3. Beleid t.a.v. woningcorporaties

Volgens het Regeerakkoord 2012 dienen woningcorporaties weer dienstbaar te worden aan het publiek belang in hun werkgebied. De taken worden teruggebracht tot het bouwen, verhuren en beheren van sociale huurwoningen. Corporaties komen onder directe aansturing van gemeenten.
Zorginstellingen huren zo'n 50.000 verzorgings- en verpleeghuisplaatsen van woningcorporaties. Daarmee bezitten corporaties bijna de helft van alle eenheden in verzorgings- en verpleeghuizen. Door het scheiden van wonen en zorg en de invoering van de NHC (Normatieve huisvestingscomponent, vergoedingen voor vastgoed in de ZZP-tarieven), komt het leegstandsrisico te liggen bij zorginstellingen of corporaties. Gemeenten, corporaties en aanbieders zullen gezamenlijk gaan bepalen hoe met de gevolgen zal worden omgegaan. Individuele zorginstellingen dragen het risico, afhankelijk van de opzegtermijn van huurcontracten en de lokale vraag voor de mate van leegstand. Via gezamenlijke coördinatie ontstaan meer mogelijkheden voor instellingen om de risico's op te vangen[1].

4. Aanbestedingswet

De nieuwe Aanbestedingswet moet vooral zelfstandigen zonder personeel (zzp'ers) en het midden- en kleinbedrijf betere kansen bieden op overheidsopdrachten. De wet, die op 1 april 2013 in werking is getreden, past de Europese regels zo goed mogelijk toe op de Nederlandse situatie. Volgens de wet moeten de eisen die bij een aanbesteding aan een ondernemer worden gesteld in verhouding staan tot de opdracht. Ook mogen opdrachten in

[1] Denk hierbij aan een situatie waarbij twee instellingen te maken hebben met gedeeltelijke leegstand en verschillende opzegtermijnen. Door de locaties samen te voegen kan het huurcontract met de kortste looptijd worden opgezegd. Waarbij opgemerkt dat dit in de praktijk heel wat voeten in de aarde heeft.

principe niet meer zodanig worden geclusterd dat kleinere bedrijven geen kans meer maken.
Een aanvullend aandachtspunt bij aanbestedingen is het fenomeen 'social return'. Partijen die een aanbesteding winnen, dienen een deel van het budget te gebruiken voor sociaal-maatschappelijke projecten. Wanneer instellingen een deel van hun budget moeten benutten voor social return, kunnen de bezuinigen in de praktijk dus hoger uitvallen (bezien vanuit het huidige personeelsbestand).

5. Loonmatiging in de zorg

In het Regeerakkoord is vastgelegd dat ook in de zorg een matiging van de ontwikkeling van de loonkosten moet worden bewerkstelligd. Een invulling daarvoor is geconcretiseerd in het Regeerakkoord door de vergoeding voor de incidentele loonontwikkeling voor 2016 en 2017 op nul te stellen. In het aanvullende bezuinigingspakket dat begin maart 2013 is opgesteld, is verder een nullijn in de arbeidsvoorwaardenontwikkeling in de hele collectieve sector voor 2014 opgenomen. In het Sociaal Akkoord is dit extra bezuinigingspakket echter opgeschort.
In het Zorgakkoord dat in april 2013 is gesloten, is een matiging in de loonkostenontwikkeling overeengekomen. Een belangrijk fundament is gevonden in de afspraak in het regeerakkoord om het op nul stellen van de ruimte voor de incidentele looncomponent (ILO) al te starten in 2014 en door te laten lopen tot met 2017. Nu het overleg heeft plaatsgevonden en dit de uitkomst is, kan het OVA-convenant in stand blijven. Het eerder ingaan van deze lagere vergoeding levert 1,1 miljard euro structureel op. Deze opbrengst wordt op verschillende manieren gebruikt, ondermeer door in het regeerakkoord aangekondigde bezuinigen op de zorg te verzachten.

Jeugdzorg was geen partij bij het Zorgakkoord (dat geldt overigens ook voor de WMD die helemaal niet onder het OVA-convenant valt). Toch heeft het Zorgakkoord wel gevolgen voor deze branche: tot en met 2017 bedraagt de compensatie voor incidentele loonontwikkeling in de OVA 0 procent.

6. Bezuinigingen op gemeentebudget algemeen

Gemeenten krijgen als gevolg van het regeerakkoord in 2017 ruim 1 miljard euro minder aan algemene uitkering. Die lagere uitkering uit het gemeentefonds komt doordat het kabinet vasthoudt aan de zogeheten normeringssystematiek. Als het rijk bezuinigt, krijgen de decentrale overheden ook minder geld en meer geld als de rijksuitgaven stijgen. Omdat het kabinet 16 miljard euro ombuigt, gaan gemeenten mee de trap af. De algemene uitkering pakt bovendien lager[1] uit door een generieke korting van het gemeente- en provinciefonds en door het uitnemen uit het gemeentefonds van een kwart miljard euro aan onderwijshuisvestingsgelden. Een gemiddelde gemeente van 40.000 inwoners zal met 2,25 miljoen euro minder genoegen moeten nemen als gevolg van de lagere algemene uitkering uit het gemeentefonds.
Daarbovenop krijgen gemeenten te maken met zo'n 3 miljard euro aan efficiencykortingen bij het overnemen van tal van rijkstaken (decentralisaties) en het beperken van de huishoudelijke hulp. Tot slot worden gemeenten verondersteld minder apparaatskosten te maken als gevolg van een grootschalige samenvoeging van gemeenten dan wel intensievere

[1] Het kabinet ziet af van het schrappen van het btw-compensatiefonds, maar handhaaft de bezuiniging van ruim een half miljard euro die de afschaffing zou opleveren. Dat bedrag wordt nu gekort op het provincie- en gemeentefonds. Bron: Artikel 'Kabinet handhaaft btw-compensatiefonds', IN: Binnenlandsbestuur.nl, 21 januari 2013

samenwerking. Dat moet onder andere leiden tot minder ambtenaren[1].

7. Flexwerkers

In het Sociaal Akkoord is afgesproken dat minister Asscher van SZW met voorstellen komt om de positie van flexwerkers vanaf 1 januari 2015 te versterken. Werknemers met een tijdelijk contract komen dan sneller in aanmerking voor een vast contract en krijgen meer zekerheid. Schijnconstructies worden harder aangepakt, hiervoor stelt minister Asscher extra inspecteurs ter beschikking. De Stichting van de Arbeid roept cao-partijen op om het gebruik van nulurencontracten te beperken tot uitzonderlijke situaties en hierover concrete afspraken te maken. In het Zorgakkoord wordt de inzet van het Sociaal Akkoord door partijen in de zorg onderschreven en zal leidraad zijn voor het optreden van partijen.

8. Sectorplan voor de zorg

In het Sociaal Akkoord zijn afspraken opgenomen over het versterken van de arbeidsmarkt (door her-, en bijscholing, mobiliteitsbevordering et cetera). Ook voor de sector zorg en WJK zijn deze afspraken relevant. De meeste werkgevers- en werknemersorganisaties[2] in de sector hebben zich in het Zorgakkoord gecommitteerd aan deze afspraken. Zij zullen nadrukkelijk inzetten op her- en bijscholing van het personeel. Hiertoe zal een sectorplan worden opgesteld.[3] In dit plan komen maatregelen gericht op her- en bijscholing om mensen van werk naar werk te begeleiden, bij voorkeur in de zorg zelf. Ook de werkgelegenheidseffecten worden gemonitord. Hiermee wordt een maximale inspanning gedaan om gedwongen ontslagen te voorkomen. Het kabinet stelt in het regeerakkoord vanaf 2016 €100 miljoen beschikbaar voor het verbeteren van de arbeidsmarktpositie van specifieke groepen (waaronder alfahulpen). Er zal een verbinding worden gelegd met het genoemde sectorplan. Voor de situatie rond de alphahulpen is verder de Commissie Kalsbeek van belang, die zich buigt over de Regeling persoonlijke dienstverlening aan huis.

[1] Zie: Artikel 'Gemeenten leveren 4 miljard in', OP: *binnenlandsbestuur.nl*, 31 oktober 2013.

[2] Wat de werkgevers betreft zijn het de volgende organisaties: VGN, Actiz, GGZ-Nederland, NFU, NVZ en Btn. De werknemersorganisaties betreffen: CNV Publieke Zaak, FBZ, Nu'91 en MHP.

[3] Hoewel geen partij bij het Zorgakkoord, is ook Jeugdzorg Nederland hierbij betrokken.

3 Stand van zaken, verwachtingen, scenario's, kansen en risico's

In dit hoofdstuk gaan we in paragraaf 3.1 eerst in op de stand van zaken ten aanzien van de werkgelegenheid in de langdurige zorg en ondersteuning en de WMD. Daarna beschrijft paragraaf 3.2 de verwachtingen en voornemens van gemeenten ten aanzien van de organisatie van de langdurige zorg en ondersteuning op lokaal niveau.

Vervolgens komen in de paragrafen 3.3 tot en met 3.8 de scenario's aan de orde. Om de mogelijke arbeidsmarkteffecten van de voorgenomen maatregelen in kaart te brengen, zijn drie scenario's voor de toekomstige organisatie van langdurig langdurige zorg en ondersteuning en jeugdzorg opgesteld: een nul-scenario en twee alternatieve scenario's (doelgroepenscenario en integraal scenario). Na een korte beschrijving van de drie scenario's (paragraaf 3.3), volgt een doorrekening van het nul-scenario (paragraaf 3.4) en gaan we vervolgens in op de door de betrokken partijen ingeschatte plausibiliteit en effecten van de twee alternatieve scenario's (paragraaf 3.5 en 3.6).

Hierna volgt in paragraaf 3.7 een uiteenzetting over de risico's en de kansen die de maatregelen in de langdurige zorg en ondersteuning volgens de betrokken partijen met zich meebrengen. Het hoofdstuk sluit in paragraaf 3.8 af met voorbeelden van potentieel kansrijke oplossingsrichtingen voor mogelijke personeelsoverschotten als gevolg van de voorgenomen maatregelen.

3.1 Stand van zaken instellingen

Personeelsbestand van instellingen

Onderstaande tabel vat een aantal kerngegevens samen over (de ontwikkeling van) de werkgelegenheid in de verschillende branches[1] in de langdurige zorg en ondersteuning.

Qua werkgelegenheid zijn de V&V en de GHZ de belangrijkste branches. Beduidend minder werknemers zijn er in de WMD en in de jeugdzorg. De werkgelegenheidsontwikkeling loopt uiteen tussen de branches. De gehandicaptenzorg is de enige branche die in de periode 2009-2012 steeds een stijging van de werkgelegenheid laat zien. Ook de leeftijdsopbouw verschilt. Momenteel zijn de V&V en de WMD het meest vergrijsd. Voor alle branches geldt echter dat het aandeel 55-plussers sterk toeneemt.

[1] Strikt beschouwd zijn V&V en Thuiszorg geen aparte branches; beide zijn onderdeel van de VVT. Vanwege de omvang en de uiteenlopende ontwikkelingen worden ze hier echter apart onderscheiden. Thuiszorg is inclusief huishoudelijke verzorging.

Tabel 3.1 Kerngegevens werkgelegenheid in langdurige zorg en ondersteuning en WMD naar branche

	Werkgelegenheid in 2009 (FTE)	Werkgelegenheid in 2012 (FTE)	Aandeel in totaal aantal FTE in zorg en welzijn in 2012 (%)	Gemiddelde Jaarlijkse ontwikkeling aantal FTE 2009 t/m 2012 (%)	Leeftijdsopbouw
GHZ	110.000	120.000	13%	2,9%	Gem. leeftijd 39,6 jaar Aandeel 55+ neemt sterk toe
GGZ[1]	66.000	66.000	7%	-0,2%	Gem. leeftijd 42,1 jaar Aandeel 55+ neemt sterk toe
V&V	161.000	174.000	19%	2,6%	Gem. leeftijd 43,3 jaar Aandeel 55+ neemt sterk toe
Thuiszorg	86.000	88.000	10%	0,8%	Gem. leeftijd 40,8 jaar Aandeel 55+ neemt sterk toe
WMD	55.000	46.000	5%	-5,2%	Gem. leeftijd 38,9 jaar Aandeel 55+ neemt sterk toe
Jeugdzorg	29.000	27.000	3%	-2,0%	Gem. leeftijd 33,8 jaar Aandeel 55+ neemt sterk toe
Totaal Zorg en WJK	880.000	900.000	100%	0,8%	

Bron: Panteia, Seor en Etil op basis van SSB, PGGM.

3.2 Verwachtingen en voornemens gemeenten

In interviews met gemeenten is ingegaan op hun verwachtingen en voornemens ten aanzien van de organisatie van de langdurige zorg en ondersteuning en de jeugdzorg op lokaal niveau. In onderstaande paragraaf beschrijven we de resultaten hiervan.

Beleidsontwikkeling

De geïnterviewde gemeenten (zie voor een overzicht bijlage 2) zijn volop bezig met beleidsontwikkeling. Hoe ver ze daarmee zijn, verschilt per gemeente. Zij geven aan dat het vormgeven van het beleid na de decentralisaties wordt bemoeilijkt doordat er regelmatig wijzigingen zijn in de voorgenomen maatregelen van het kabinet.
Gemeenten hebben veelal al wel een visie op integraliteit en op hoe ze bezuinigingen willen opvangen. Ook zoeken zij samenwerking met andere gemeenten en vaak ook met aanbieders. Daarbij wordt informatie verzameld over doelgroepen en zorgvraag in de gemeente. Maar over hoe het aanbod straks precies vormgegeven gaat worden, en over hoe en bij wie de zorg wordt ingekocht, zijn nog geen knopen doorgehakt. Dit zorgt voor de nodige onzekerheid bij aanbieders.

Samenwerking

Alle geïnterviewde gemeenten werken samen met gemeenten in de regio bij het bepalen van het nieuwe beleid over de decentralisaties. Vooral voor de kleine gemeenten is dit ook nodig om schaalvoordelen te behalen en expertise te delen. Nadeel is dat dit ten koste kan gaan van hun zeggenschap.

[1] Betreft de volledige GGZ, zowel de curatieve zorg als de langdurige zorg en ondersteuning. Een onderscheid is op basis van de beschikbare gegevens niet te maken.

Naast samenwerking met gemeenten wordt bij het vormgeven van het beleid veelal ook samengewerkt met de zorgverzekeraar en het zorgkantoor. Hierbij wordt gesproken over mogelijke arrangementen die Wmo, Zvw en AWBZ combineren.
Soms wordt ook al samengewerkt met aanbieders. Eén gemeente geeft aan sterk in te zetten op het samen met het veld bepalen hoe zorg en welzijn anders georganiseerd kunnen worden. Er worden gezamenlijke uitgangspunten vastgesteld en de aanbieders zijn gevraagd om met arrangementen te komen. De ervaring van deze specifieke gemeente is dat door aanbieders hierbij te betrekken, het hen lukt over de eigen belangen heen te stappen en de burger centraal te stellen.

Opvangen van bezuinigingen
Er zijn duidelijke lijnen aan te geven in hoe de geïnterviewde gemeenten de bezuinigingen op langdurige zorg en ondersteuning willen opvangen. Het gaat daarbij vooral om de volgende zaken:
- *Kanteling, versterken 'nulde' en eerstelijn:* er vindt een kanteling plaats waarbij zoveel mogelijk gebruik wordt gemaakt van eigen kracht en zo weinig mogelijk van individuele voorzieningen. Het uitgangspunt is dat burgers zoveel mogelijk zelfredzaam zijn en gebruik maken van hun eigen netwerk, hierbij eventueel (tijdelijk) gefaciliteerd door professionals. Dit geldt ook op buurtniveau: burgerinitiatieven worden gestimuleerd. Te denken valt aan collectief georganiseerde vervoersarrangementen of tafeltje-dek-je. Daarbij komt dat de hulpvraag zo veel mogelijk wordt opgevangen door algemene voorzieningen. Deze moeten standaard geschikt zijn voor mensen met een behoefte aan extra ondersteuning. Als de 'eigen kracht' en de algemene voorzieningen niet afdoende zijn, kan een beroep gedaan worden op de eerstelijns hulp (wijkteam), en daarna pas op de tweedelijn.
- *Integraliteit, vraaggerichtheid en effectieve zorg:* er moet breed gekeken worden naar wat iemand echt nodig heeft om zoveel mogelijk te kunnen participeren, zodat de hulpverlening het meeste effect zal hebben. Hierbij moeten de domeinen opvoeding, werk & inkomen en welzijn & zorg worden betrokken. Eventueel kunnen nieuwe, integrale zorgarrangementen worden ingezet. Vervolgens moet er sprake zijn van '1 gezin, 1 plan, 1 regisseur'. Voor de dagbesteding geldt dat dit volgens gemeenten meer in plaats moet komen van individuele begeleiding, en er meer verschillende groepen samengevoegd kunnen worden. Gemeenten zijn verder voornemens om de effectiviteit van de ondersteuning te monitoren en te sturen op effectieve zorg.
- *Wederkerigheid:* bij het verlenen van een voorziening wordt (zo mogelijk) een tegenprestatie verlangd. Een veelgenoemd voorbeeld hierbij is de bijstandsgerechtigde die huishoudelijke hulp verleent.
- *Tarief- en volumeverlaging:* de gemeenten verwachten dat er zowel op het tarief als het volume van de zorg zal worden bezuinigd.

Toegang en indicatiestelling[1]
Alle geïnterviewde gemeenten willen de toegang op wijkniveau en integraal organiseren. Eén van de gesproken gemeenten wil de indicatiestelling laten uitvoeren door het huidige Wmo-loket, waar zo nodig nieuwe deskundigheid (bijvoorbeeld vanuit het CIZ of de aanbieders) in dienst wordt genomen. Het meest gehoord is dat de toegang en indicatiestelling

[1] Over de term 'indicatiestelling' kan verwarring ontstaan, omdat deze voor verschillende branches iets anders kan betekenen. In dit onderzoek bedoelen we met 'indicatiestelling' in algemene termen: het vaststellen van een hulpvraag door een daartoe bevoegd persoon, waarna er door de daartoe uitgeruste instanties actie ondernomen wordt/kan worden.

worden verzorgd door een wijkteam, dat breed kijkt naar wat nodig is (en daarbij de domeinen Werk, Zorg en Jeugd meeweegt), en eventueel zelf lichte hulp levert. De medewerkers kunnen in dienst zijn van de gemeente of van aanbieders, of van een speciaal hiervoor nieuw op te zetten organisatie. In het team zitten 'generalistische hbo-ers uit de tweede lijn', die echter wel onafhankelijk (moeten) opereren van de tweede lijn. Zo nodig kunnen specialisten worden ingeroepen voor specialistische indicatiestelling. Eén gemeente verwacht dat het wijkteam zowel generalisten als specialisten bevat. In dat geval kan het wijkteam dus ook daadwerkelijk specialistische zorg leveren en hoeft er minder vaak te worden doorverwezen. Het wijkteam dient verder korte lijnen te hebben met de huisarts, om de verbinding met zorg vanuit de zorgverzekeringswet te waarborgen.

Zorginkoop

Het toekomstige inkoopgedrag van gemeenten is op dit moment moeilijk in te schatten. Ten tijde van de interviews waren gemeenten nog zoekende in hoe zij de inkoop wilden vormgeven. Uit de gesprekken blijkt een onderscheid tussen enerzijds gemeenten die samen met de aanbieders de transities vorm geven, en anderzijds gemeenten die aanbieders meer op afstand houden. De eerst genoemde gemeenten werken toe naar partnerschap, terwijl de laatst genoemde gemeenten dat niet doen. De werkwijze is mogelijk van invloed op de wijze waarop de inkoop uiteindelijk vorm gegeven gaat worden.

Verder zijn er globaal gezien twee verschillende manieren waarop gemeenten welzijn en zorg kunnen inkopen: opdracht (aanbesteden) of subsidiebeschikking (subsidiëren). Aanbesteden past bij marktwerking, terwijl subsidiebeschikking past bij het aangaan van een partnerschap. Voor aanbieders geldt dat kortetermijncontracten van gemeenten leiden tot frictie met de langetermijnverplichtingen die zij hebben of aangaan. Deze frictie kan leiden tot onzekerheden bij aanbieders, met mogelijk gevolgen voor het personeelsbestand (bijvoorbeeld ontslagen om het aandeel langdurige arbeidsovereenkomsten te verkleinen).

Een aantal gemeenten wil een 'grote schoonmaak' houden, omdat zij vinden dat er nu teveel aanbieders zijn. Schoonmaak kan ook door wikgericht contracteren (zie kader inkoopmodellen) en/of het inkopen bij coalities van partijen. Er zijn gemeenten die aanbieders adviseren in coalities te gaan samenwerken, tegelijkertijd zie je deze beweging ook in het veld: aanbieders die gaan samenwerken om hun marktpositie te versterken.

Vijf modellen voor gemeentelijke zorginkoop

Prof. Dr. Telgen, hoogleraar inkoopmanagement, stelt vast dat gemeenten voor de inkoop van zorg verschillende modellen hanteren. Telgen identificeert de volgende vijf modellen[1]:

1 Inkoop conform AWBZ: gemeenten kopen in bij de bestaande partijen.
2 Veilingmodel: Gemeente beschrijft de problematiek van de burger en plaatst deze op een website, waarna aanbieders een plan van aanpak (inclusief begroting) kunnen aanbieden. Gemeente en cliënt kiezen samen welke aanbieder de zorg gaat leveren.
3 Integratie met indicatie: gemeente wijst per cliënt een aanbieder aan die vervolgens een plan van aanpak vaststelt.
4 Wijkgericht contracteren: gemeente koopt zorg in via één grote aanbieder per wijk. De aanbieder contracteert waar nodig andere organisaties (subcontracten).

[1] Presentatie van Prof. Dr. Telgen op het jaarlijkse Zorg en Welzijncongres, 9 september 2013.

5 Regisseursmodel: Regisseur van de gemeente stelt samen met de cliënt een plan van aanpak vast. Daarbij kan gebruik worden gemaakt van individuele voorzieningen, die de gemeente per type interventie bij een aanbieder op basis van een raamcontract inkoopt.

Gemeenten overwegen volgens Telgen met name de laatste drie modellen, maar ook denken enkele gemeenten na over inkoop conform AWBZ en het veilingmodel.

3.3 Drie scenario's

Om de mogelijke effecten van de veranderingen in de langdurige zorg beter in beeld te brengen, zijn drie scenario's ontwikkeld. Uitgangspunten bij het opstellen van de scenario's waren dat deze een vereenvoudigde weergave van de (toekomstige) werkelijkheid zijn en dat ze vrij 'extreem' zijn geformuleerd, om een discussie over effecten per scenario mogelijk te maken en met enige zekerheid te kunnen stellen dat de waarheid 'ergens in het midden ligt'. Bovendien is meegewogen of de scenario's zijn door te rekenen met behulp van een prognosemodel en zijn uit te vragen – kunnen respondenten zich er iets bij voorstellen? – tijdens interviews.

We hebben drie scenario's onderscheiden: een nul-scenario, een doelgroepenscenario en een integraal scenario:

1. Het nul-scenario gaat uit van besteding van de budgetten volgens de huidige (2012) verdeling over taken/werkzaamheden, gecorrigeerd voor budgetaanpassingen/ bezuinigingen/ efficiencywinsten zoals aangegeven in Begrotingsakkoord 2013, Regeerakkoord Rutte II en Hoofdlijnenbrief[1]. In dit scenario is dus de aanname dat de cijfers uit de Hoofdlijnenbrief worden gevolgd en dat er geen verschuivingen plaatsvinden tussen de zorgfuncties. Binnen de andere twee scenario's kan wel sprake zijn van verschuivingen.
2. In het doelgroepenscenario worden wijkteams opgezet, die vooral een signaleringsfunctie hebben en als toegangsloket fungeren; de zorgverlening zelf wordt grotendeels overlaten aan de aanbieders.
3. In het integrale scenario ligt de focus op het leveren van integrale hulp en zorg vanuit een wijkteam, waarin generalistisch werkende hulpverleners actief zijn, maar mogelijk ook enkele specialisten. Deze professionals zijn niet verbonden aan een zorgaanbieder, maar zijn in dienst van de gemeente of eventueel een nieuw op te richten organisatie. We kiezen hierbij voor de meest integrale variant, waarbij de uitvoering zoveel mogelijk bij het wijkteam ligt: wijkteams nemen zoveel mogelijk zorg voor hun rekening en verwijzen pas door in het geval van een zeer specialistische hulpvraag, of als er intramurale zorg vanuit de LIZ nodig is.

Het nul-scenario is vooral een theoretisch scenario: het gaat niet uit van een beleidswijziging, alleen van financiering. In de praktijk zal het beleid in de zorg echter gaan veranderen. Op de gebieden waar gemeenten aan het roer komen zal er een koerswijziging zijn. Voor de mogelijke beleidsrichtingen zijn het doelgroepenscenario en het integrale scenario ontwikkeld. Hierbij merken we op dat het niet in de lijn der verwachting ligt dat veel gemeenten het integrale scenario op zeer korte termijn volledig kunnen invoeren. Op korte termijn ligt daarom het doelgroepenscenario voor een meerderheid van de gemeenten voor de hand (zie ook paragraaf 3.6.1). Daarbij zullen er ook hybride vormen tussen het doelgroepen- en het integrale scenario mogelijk zijn. Zoals aangegeven: de waarheid wat betreft de scenario's zal in het midden liggen. De tijd moet leren of de meeste gemeenten verdere stappen zetten richting een (echt) integraal scenario.

[1] De bezuiniging op de doeluitkering jeugdzorg van 2,65 procent wordt in dit scenario niet meegenomen.

3.4 Doorrekening nul-scenario

Hoewel er ook bezuinigd wordt, gaat het bij de maatregelen voor een belangrijk deel om verplaatsing van gelden. Op macroniveau – i.e. zorg en welzijn als geheel – zijn de gevolgen van de maatregelen dan ook minder ingrijpend dan op mesoniveau (branches) en microniveau (aanbieders en werkenden).

Prognosemodel

In het kader van het Onderzoeksprogramma Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn (AZW) zijn prognoses gemaakt van ontwikkelingen op de arbeidsmarkt zorg en WJK voor VOV-personeel voor de periode 2012-2017[1]. De prognoses worden gemaakt met een stromenmodel en geven inzicht in de ontwikkeling van uitbreidingsvraag, en in- en uitstroom op de arbeidsmarkt. Confrontatie van vraag en aanbod geeft inzicht in dreigende tekorten of overschotten aan VOV-personeel.

In de prognoses worden alleen werknemers in de loondienst meegenomen en dus geen zelfstandigen en uitzendkrachten. Ook de alphahulpen in de thuiszorg worden in het model niet meegenomen.

In de prognoses wordt uitgegaan van kwalificaties van personeel en niet van functies. In totaal worden 16 VOV-kwalificaties op MBO- en HBO-niveau onderscheiden. Personeel met andere kwalificaties, zowel behandelend als ondersteunend, wordt wel meegenomen maar deze groep wordt niet verder uitgesplitst. Dit betekent dat de categorie *overig personeel* bestaat uit een breed scala van kwalificaties, variërend van administratief personeel en koks tot artsen en psychiaters (in loondienst).

Nul-scenario

De prognoses zijn opgesteld voor het zogenaamde nul-scenario. In het nul-scenario wordt aangenomen dat de beschikbare middelen worden ingezet voor de zorgfuncties op de wijze waarop dat ook in het basisjaar 2012 gedaan is. Met andere woorden, er wordt in het nul-scenario geen rekening gehouden met de gevolgen van keuzes die gemeenten mogelijk gaan maken over de inzet van de middelen. Verder wordt in het nul-scenario ook geen rekening gehouden met uitvoeringskosten voor gemeenten en met transitie- en frictiekosten.

Als gevolg van de in het Regeerakkoord afgesproken extramuralisering gaan de beschikbare middelen voor de langdurige zorg sterk verschuiven. Omdat de benodigde competenties verschillen tussen intra- en extramurale zorg, heeft dit ook gevolgen voor de samenstelling van het personeel naar kwalificaties. Hiermee is in de prognoses rekening mee gehouden.

Belangrijkste uitkomsten

Door het uitgebreide pakket aan beleidsmaatregelen, die in veel gevallen ook een korting op het budget inhouden, nemen de beschikbare financiële middelen voor de gehele sector zorg en WJK in de periode 2012-2017 met gemiddeld 0,2% per jaar af (van 61,8 miljard in 2012 tot 61,2 miljard in 2017). De middelen voor de langdurige zorg en ondersteuning (dus exclusief WMD en curatieve zorg) nemen in deze periode met circa een miljard af, ofwel met gemiddeld -0,8% per jaar.

In de ontwikkeling van de middelen per jaar is de invoering van beleidsmaatregelen in 2015 duidelijk zichtbaar. In dat jaar nemen de middelen voor de langdurige zorg en ondersteuning (exclusief WMD) met ruim 6% af.

[1] VOV staat voor verpleegkundig, opvoedkundig en verzorgend personeel.

De ontwikkelingen in de beschikbare middelen vertalen zich in de ontwikkeling van de werkgelegenheid. In tabel 3.2 is de ontwikkeling van de werkgelegenheid voor de betrokken branches weergegeven[1].

Tabel 3.2 Ontwikkeling totale werkgelegenheid werknemers langdurige zorg en ondersteuning en WMD in het nul-scenario naar branche (aantal werknemers x 1.000)

	2012	*2013*	*2014*	*2015*	*2016*	*2017*
GGZ (LZ)	28,0	29,1	29,7	29,0	29,7	30,0
		4,0%	*2,2%*	*-2,5%*	*2,3%*	*1,2%*
GHZ	159,9	161,9	164,8	158,3	162,3	162,2
		1,3%	*1,8%*	*-3,9%*	*2,5%*	*0,0%*
V&V	256,3	250,2	247,1	236,4	232,5	226,1
		-2,4%	*-1,3%*	*-4,3%*	*-1,7%*	*-2,7%*
Thuiszorg	158,2	164,1	175,7	145,0	155,4	166,6
		3,7%	*7,1%*	*-17,5%*	*7,2%*	*7,2%*
Jeugdzorg	32,0	31,1	31,1	29,9	28,0	26,5
		-2,6%	*0,0%*	*-4,0%*	*-6,3%*	*-5,6%*
Totaal (exclusief WMD	634,3	636,4	648,4	598,6	607,8	611,5
		0,3%	*1,9%*	*-7,7%*	*1,5%*	*0,6%*
WMD	61,3	58,9	56,5	54,2	52,1	50,0
		-4,0%	*-4,0%*	*-4,0%*	*-4,0%*	*-4,0%*
Totaal (inclusief WMD)	695,6	695,3	704,9	652,8	659,9	661,4
		0,0%	*1,4%*	*-7,4%*	*1,1%*	*0,2%*

3.5 Uitwerking en concretisering alternatieve scenario's

In deze paragraaf bespreken we eerst de beide alternatieve scenario's. Hierna gaan we in op de plausibiliteit, wenselijkheid en effecten per scenario volgens de aanbieders en andere betrokken organisaties (bonden, brancheorganisaties, verzekeraar, VWS en patiëntenorganisaties). De zorg die onder de LIZ en Zvw blijft of komt te vallen, blijft in de scenario's grotendeels buiten beeld. In de prognoses is dat niet het geval.

3.5.1 Beschrijving scenario's

Het doelgroepenscenario

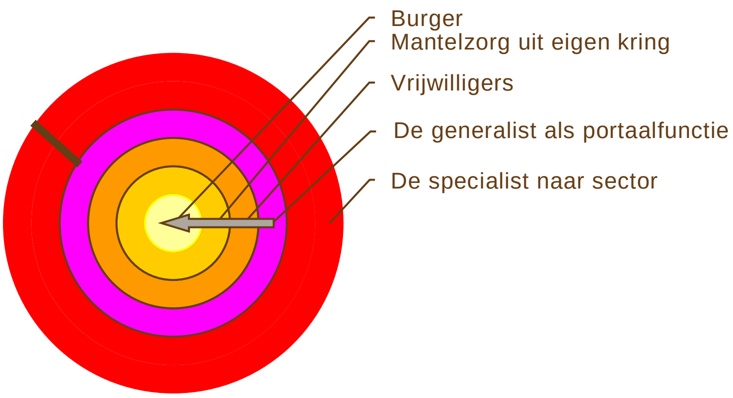
In het doelgroepenscenario worden wijkteams opgezet die vooral een signaleringsfunctie hebben en als toegangsloket fungeren. Het verlenen van langdurige zorg en ondersteuning wordt grotendeels overgelaten aan de aanbieders. De aanbieders zullen dan ook grotendeels op hun eigen terrein blijven werken, en er zullen minder professionals vanuit de huidige aanbieders integraal in het wijkteam aan de slag gaan. Dat laat onverlet dat gemeenten wel kunnen bezuinigen op of juist investeren in de huidige branches. Dit zal afhangen van de beleidsvisie van de gemeente: aan welke doelgroepen wordt prioriteit gegeven en aan welke minder?

[1] In het prognosemodel worden alleen werknemers in loondienst bij de instellingen meegenomen. Dus uitzendkrachten, zzp'ers en Alphahulpen worden niet meegenomen.

De doelgroepgerichte aanpak kenmerkt zich als volgt:

- Integrale wijkteams verzorgen de toegang, maar leveren geen (of hoogstens zeer beperkt) langdurige zorg en ondersteuning.
- Derhalve blijven de huidige branches grotendeels bestaan, maar de onderlinge (kwantitatieve) verhoudingen kunnen wel wijzigingen als gevolg van politieke/beleidskeuzes van gemeenten.
- De specifieke problematiek van de burger staat in deze aanpak centraal.
- Er is veelal sprake van een regionale aanpak uit oogpunt van efficiency.
- Informele ondersteuning (langdurige zorg en ondersteuning door wijk- en buurtgenoten, mantelzorg, vrijwilligerszorg) is in deze aanpak eerder een gevolg van budgetkeuzes dan een onderdeel van het stelsel en wordt derhalve niet actief gefaciliteerd. De burger moet zelf de informele oplossing organiseren.

Figuur 3.1 Het doelgroepenscenario



Het integrale scenario

In het integrale scenario spelen de wijkteams een veel belangrijkere rol dan in het doelgroepenscenario. In het integrale scenario ligt de focus op het leveren van integrale hulp en zorg[1] vanuit het wijkteam. Binnen de gemeenten worden enkele wijkteams opgericht, waarin generalistisch werkende hulpverleners actief zijn op diverse functieniveaus, maar ook specialisten. Het gaat daarbij primair om de zogenaamde 'gouden driehoek' (huisarts – wijkverpleegkundige – maatschappelijk/sociaal werker), waarop natuurlijk ook, afhankelijk van de lokale zorgbehoefte en gemeentelijk beleid, variaties mogelijk zijn. Deze professionals zijn niet verbonden aan een zorgaanbieder, maar zijn in dienst van de gemeente of eventueel een nieuw op te richten organisatie. De professionals kunnen uiteraard wel (deels) afkomstig zijn vanuit de huidige aanbieders, dat is zelfs heel aannemelijk.
In het integrale scenario heeft het wijkteam een grote rol. Het signaleert, werkt preventief, biedt lichte hulp en verwijst, indien specialistische hulp nodig is, door naar een zorgaanbieder.
In dit scenario wordt het grootste deel van het budget dat beschikbaar is, besteed aan het

[1] Het betreft hier in ieder geval de gedecentraliseerde zorg en andere sociale voorzieningen die tot het takenpakket van de gemeente behoren.

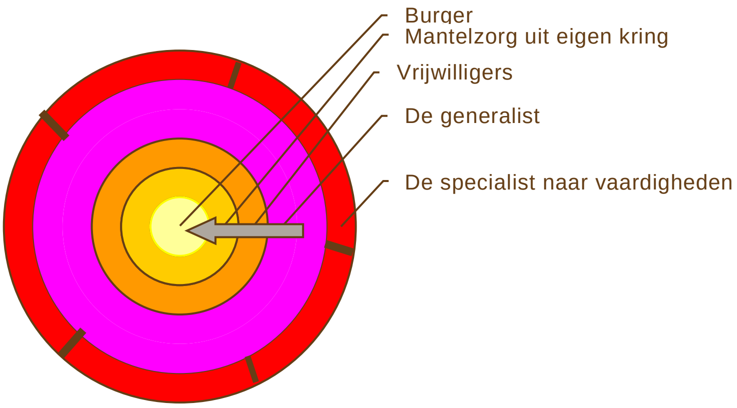
wijkteam, en een minderheid aan de specialistische zorg geleverd door een zorgaanbieder[1].

Kenmerkend voor het integrale scenario is verder dat informele zorgverlening (langdurige zorg en ondersteuning door wijk- en buurtgenoten, mantelzorg, vrijwilligerszorg) samen met professionele zorgverlening een als geheel georganiseerd stelsel vormt. Sommige vormen van hulp worden mogelijk verricht door mensen die momenteel een uitkering hebben of een indicatie voor de sociale werkplaats (hier wordt vanuit de gemeente op gestuurd). Er wordt actief ingezet op het faciliteren van informele zorgverlening.

In het kort kenmerkt de integrale aanpak zich als volgt:

- Burgers hebben zoveel mogelijk zelf de regie
- Er komen wijkteams met een 'nieuwe' groep professionals: zij coördineren de verlening van langdurige zorg en ondersteuning en bieden integrale laagdrempelige hulp, hebben een belangrijke taak op het gebied van preventie en signaleren of specialistische zorg nodig is.
- De wijkteams zorgen voor afstemming met de zorg vanuit de Zvw en de LIZ. Het ligt voor de hand dat in het wijkteam de zogenaamde 'gouden driehoek' (huisarts - wijkverpleegkundige - maatschappelijk/sociaal werker) betrokken is.[2]
- De wijkteams verlenen het merendeel van de benodigde langdurige zorg en ondersteuning
- Indien zeer specialistische zorg, waaronder ook verblijf vanuit de LIZ, nodig is die het wijkteam niet zelf kan leveren, wordt doorverwezen.
- Deze tweede lijn wordt in (grote) regio's georganiseerd.
- De burger staat centraal – zijn of haar problemen worden in samenhang behandeld.
- Er is sprake van een lokale/wijkgerichte aanpak en budgettaire beslissingen worden op dat niveau genomen.
- Informele zorgverlening wordt actief gefaciliteerd.

Figuur 3.2 Het integrale scenario



[1] In de expertmeetings is gevraagd hoe men verwacht dat in dit scenario de budgetten verdeeld worden over wijkteams, instellingen en uitvoering gemeenten. De resultaten zijn vermeld in paragraaf 3.6.2.

[2] Conform het advies van RvZ over basiszorgteams. Zie: RvZ (2012). *Regie aan de poort. De basiszorg als verbindende schakel tussen persoon, zorg en samenleving.*

Verschillen en overeenkomsten tussen doelgroepenscenario en integrale scenario

Een aantal ontwikkelingen zal hoe dan ook optreden. Deze beschouwen we als een gegeven, en vinden in beide alternatieve scenario's plaats. Het gaat daarbij om de volgende zaken:

- Er wordt meer verwacht van de zelfredzaamheid van de burger en er vindt een verschuiving plaats van formele naar informele langdurige zorg en ondersteuning.
- Er worden wijkteams opgericht die een rol spelen in (in ieder geval) het verlenen van de toegang tot de langdurige zorg en ondersteuning.
- Er ontstaat meer collectief aanbod van (eenvoudige) diensten.
- Gemeenten kunnen ervoor kiezen meer dan wel minder te besteden aan specifieke branches in relatie tot het nul-scenario.
- In beide scenario's zal ook zorg/hulp geleverd worden door andere dan de huidige aanbieders zoals bijvoorbeeld nieuwe toetreders en particulieren, eventueel betaald vanuit een pgb, of mantelzorgers, vrijwilligers, WSW-ers, etc.

Hoewel een aantal verwachte ontwikkelingen dus scenario-onafhankelijk is, zijn er ook duidelijke verschillen tussen beide scenario's. De belangrijkste verschillen zijn:

- In het integrale scenario wordt veel meer geïnvesteerd in de wijkteams en deze hebben een veel uitgebreidere rol, dan in het doelgroepenscenario. Het idee is dat deze teams het merendeel van benodigde hulp/zorg zelf leveren, en tevens de informele zorg faciliteren. In het doelgroepenscenario fungeren de wijkteams grotendeels als toegangsloket, die doorverwijzen naar de aanbieders.
- Als gevolg van bovenstaande blijven in het doelgroepenscenario de huidige branches grotendeels in de huidige vorm (al dan niet voorlopig) voortbestaan. Dit is wel nog afhankelijk van keuzes die gemeenten maken omtrent de doelgroepen waar zij vooral in willen investeren of juist op willen bezuinigen. In het integrale scenario zullen de grenzen tussen de huidige branches voor een groot deel vervagen; veel aanbieders zullen opgaan in een generalistischere eerste lijn, waarbinnen nog wel specialisten werken, maar vaak meervoudig specialist zijn. De specialistische tweedelijnszorg wordt een stuk kleiner.

3.5.2 De scenario's in relatie tot verwachtingen en voornemens van gemeenten

De interviews met gemeenten hebben een indruk opgeleverd van hoe de scenario's zich verhouden tot het beleid dat gemeenten straks gaan voeren. Hierdoor krijgen we zicht op de plausibiliteit en invulling van de scenario's, en op de ontwikkelingen die scenario-onafhankelijk zijn.

Als de geïnterviewde gemeenten de keuze wordt voorgelegd of zij het aanbod willen vormgeven middels het integrale of het doelgroepscenario, kiezen zij alle voor het integrale scenario. Zij geven aan dat het de bedoeling van de decentralisaties is om het aanbod meer integraal te maken, en dat dit ook nodig is om de bezuinigingen op te vangen. Als we hier dieper op ingaan blijkt echter dat de gemeenten wel verwachten dat de zorg vooral wordt geleverd door gespecialiseerde/tweedelijns aanbieders (hoewel hier op bezuinigd gaat worden). Zo geeft een gemeente aan te verwachten dat een kwart van het beschikbare budget wordt gereserveerd voor de eerstelijn en de loketfunctie, en driekwart voor de tweede lijn.

Uit de manier waarop de geïnterviewde gemeenten de toegang en het aanbod willen organiseren, blijkt dat de indicatiestelling zal worden geïntegreerd, echter de zorgverlening niet of slechts in beperkte mate. Daarbij geldt overigens wel dat gemeenten én aanbieders streven naar vernieuwing van het aanbod, bijvoorbeeld in de vorm van zorgarrangementen. Maar die zorg zal veelal wel worden ingekocht/aanbesteed bij de huidige aanbieders. Dit kunnen volgens de gemeenten, behalve de huidige AWBZ- en jeugdzorgaanbieders, ook aanbieders zijn die nu welzijns- of andere Wmo-diensten aanbieden. De zorg zal echter *niet* grotendeels worden gele-

verd door een gemeentelijke organisatie, bijvoorbeeld een wijkteam of een andersoortige nieuw op te richten gemeentelijk organisatie die integrale diensten levert.

Bovenstaand geldt echter voor de korte termijn. Het is goed mogelijk dat na een aantal jaar de langdurige zorg en ondersteuning geleidelijk een meer integraal karakter krijgen, bijvoorbeeld omdat aanbieders hun aanbod steeds integraler maken of gaan samenwerken, hierbij eventueel gestuurd door de vraag vanuit de gemeente.

3.5.3 *Visie van aanbieders en overige partijen op de scenario's*

1. Doelgroepenscenario

Plausibiliteit en wenselijkheid
Over het algemeen wordt het doelgroepenscenario gezien als 'hetzelfde als nu, maar dan minder'. Verwacht wordt dat om de bezuinigingen te halen, er minder langdurige zorg en ondersteuning kan worden verleend en/of van een mindere kwaliteit. Tegelijkertijd is er geen sprake van een echte transitie, die kansen biedt voor betere en integrale langdurige zorg en ondersteuning en voor het behalen van efficiencywinst als gevolg hiervan.
Voor de korte termijn wordt dit scenario echter wel als het meest reëel gezien. Opgemerkt wordt dat het eigenlijk meer een 'fase' is dan een scenario, en dat het op lange termijn niet zal leiden tot de gewenste omslag en kostenbesparing. Veel respondenten zien het als opmaat.

Effecten voor aanbieders en arbeidsmarkt
Men verwacht dat in het doelgroepenscenario zorg en welzijn grotendeels gescheiden blijven. Er worden van dit scenario, in vergelijking met het integrale scenario, minder effecten verwacht voor de aanbieders. Met name respondenten in de sectoren GHZ, GGZ en jeugdzorg zien in dit scenario kansen om de zichtbaarheid en professionaliteit in de sector te behouden. Anderzijds wordt ook aangegeven dat dit scenario niet leidt tot de gewenste 'kanteling' en 'ontzorging', dat het niet past bij de maatschappelijke trend en dat het meer in het belang is van de instelling dan van de burger. Als mogelijk risico van dit scenario wordt genoemd dat gemeenten mogelijk alleen gaan sturen op prijs en niet op kwaliteit en een integraal en innovatief aanbod, met lagere tarieven en slechtere kwaliteit van langdurige zorg en ondersteuning tot gevolg.

Effecten voor medewerkers
Logischerwijs verwacht men in dit scenario minder effecten voor de medewerkers. Binnen het doelgroepenscenario verwacht men een meer individuele benadering en ook een toename van generalistische en begeleidende taken. Men voorziet in het doelgroepenscenario dan ook, maar wel in mindere mate dan in het integrale scenario, een toename van HBO geschoolde medewerkers. Echter in dit scenario zal er nog ruimte bestaan voor specialisten op alle gebieden, waardoor het werk bij benadering hetzelfde is als in de huidige situatie. Werkinhoud en arbeidsomstandigheden zullen minder veranderen dan in het integrale scenario.

Omdat er desalniettemin sprake is van bezuinigingen, zullen er uiteraard wel kwantitatieve effecten optreden: een deel van de medewerkers zal hun baan kwijtraken. Dat geldt in ieder geval, gezien de extramuralisatie, voor het intramuraal werkende personeel. Binnen die groep worden er relatief grote effecten verwacht voor het personeel in overheadfuncties, (facilitair personeel, management) en voor behandelaars. Voor het facilitair personeel is het zeer de vraag of zij in de zorg en welzijnssector werkzaam kunnen blijven. In het algemeen zal binnen het doelgroepenscenario ook directie en management afnemen maar minder

sterk dan in het integrale scenario. Ook zal er meer moeten worden samengewerkt met medewerkers buiten het wijkteam (verpleegkundig en paramedische specialisten) waardoor er nog behoefte blijft aan coördinerende taken en administratieve ondersteuning.

Verdeling budget over functies[1]
In de expertmeetings is aan de aanwezigen gevraagd aan te geven hoe de budgetten in dit scenario naar verwachting verdeeld zullen worden over het wijkteam, de aanbieders (specialistische zorg) en de gemeente zelf. Daarbij bleek dat ook voor de experts de toekomst nog erg onzeker is. De experts gaven aan in dit scenario te verwachten dat ruwweg 15-25 procent van het budget zal worden besteed aan het wijkteam, 60-75 procent aan de aanbieders en 10-20 procent aan de gemeente (uitvoeringskosten). De verschuiving van financiële middelen van de (huidige) aanbieders naar de wijkteams is het gevolg van de verschuiving van zorgverlening (en mogelijk ook personeel) naar de wijkteams.

2. Integraal scenario

Plausibiliteit en wenselijkheid
Door veruit de meeste partijen wordt het integrale scenario als het meest wenselijk gezien en als het meest realistisch. Vrijwel iedereen is het met elkaar eens dat dit scenario het uiteindelijke doel is van de maatregelen in de langdurige zorg en ondersteuning, maar dat dit wel tijd gaat vergen: het is een scenario voor de langere termijn. In tegenstelling tot het doelgroepenscenario biedt dit scenario de vernieuwing die nodig wordt geacht door de meeste respondenten en die ook het doel is van de maatregelen. Ook wordt aangenomen dat dit scenario het beste is voor de zorgvrager: integrale hulp zou – ook gezien de eigen regie van de burger - beter aansluiten op wat de zorgvrager nodig heeft dan het huidige systeem van verkokering en zorgaanspraken. Ook wordt verwacht dat het in dit scenario mogelijk is om zowel te bezuinigen als om de kwaliteit van de hulp te verbeteren.

Naast deze optimistische geluiden zijn sommigen wat sceptischer over de praktische invulling en het realiteitsgehalte van dit scenario. Hierbij valt op dat de respondenten in de branches VVT en welzijn het meest positief zijn, en die de GHZ, GGZ en jeugdzorg kritischer. Benadrukt wordt dat er hoe dan ook specialistische/doelgroepgerichte langdurige zorg en ondersteuning nodig zal blijven. Een risico dat wordt genoemd is dan ook dat voor cliënten met een specialistische hulpvraag de kwaliteit van de zorg omlaag gaat. Maar over het algemeen domineren de verwachte voordelen voor de burger: een breed, vraaggericht, integraal aanbod.

Het is bij het 'zo veel mogelijk' integraal aanbieden van langdurige zorg en ondersteuning ook de vraag welke onderdelen 'integraal' worden aangeboden. Een hechte afstemming tussen bijvoorbeeld jeugdzorg, GGZ en welzijn lijkt voor de hand te liggen. Hoewel de gemeenten veelal een volledige integratie voor zorg 'van 0 tot 100 jaar oud' voor ogen hebben, geven sommige aanbieders aan dat ze vooralsnog slechts een gedeeltelijke integratie zien gebeuren.

Effecten voor aanbieders en arbeidsmarkt
Het integrale scenario wordt gezien als het scenario met de grootste effecten voor aanbieders. Vooral de respondenten in de branches GHZ, GGZ en jeugdzorg verwachten negatieve effecten. De lichtere functies in deze branches zullen naar verwachting bij de huidige aanbieders wegvallen, en deze zullen worden overgenomen door het integrale hulpaanbod. Het gaat daarbij om

[1] Zie verder §3.6.

lichtere extramurale functies zoals dagbesteding, ambulante hulp, de inloopfunctie en de toegang (bij jeugdzorg). Deze branches zullen naar verwachting alleen hun specialistische en zwaardere aanbod behouden, mogelijk ook in een beperktere omvang omdat het idee is dat preventie zwaardere zorg voorkomt.

Waar de respondenten in GHZ, GGZ en jeugdzorg negatieve effecten voor de arbeidsmarkt verwachten van dit scenario, zien die in de welzijnssector en de VVT vooral kansen. De gewenste integrale, lichte ondersteuning lijkt immers op hun huidige aanbod: men verwacht dat dit aanbod een combinatie zal zijn van welzijnsfuncties, verzorging en eventueel (enige) huishoudelijke hulp. Sommige aanbieders bereiden zich nu al voor op meer integrale taken[1]. Overigens is het binnen dit scenario denkbaar (en soms ook al de praktijk) dat er door jeugdzorgorganisaties een apart integraal aanbod voor de jeugd wordt ontwikkeld, bestaande uit zowel jeugdzorgfuncties als GGZ en GHZ.

De verwachting is dat in dit scenario vooral de kleinere aanbieders met een licht (maar niet integraal) aanbod buiten de boot zullen vallen, en dat er vooral kansen zijn voor de grotere aanbieders. En de aanbieders die een specialistisch aanbod hebben zullen een deel van hun huidige omzet (voor lichtere functies) kwijtraken.

De kansen voor nieuwe aanbieders worden hoger ingeschat dan in het doelgroepenscenario. Zonder 'verleden' met bijvoorbeeld huidige werknemers en vastgoed verwacht men dat het eenvoudiger kan zijn innovatieve concepten aan te bieden. Opstartkosten zijn minder een belemmering dan in het doelgroepenscenario.

Effecten voor medewerkers
Net als voor de aanbieders worden er ook voor medewerkers veel effecten verwacht van dit scenario. In dit scenario ontstaat naast verlies aan banen een grotere interne en externe mobiliteit. Personeel dat nu werkzaam is in de 'lichtere functies', maar wel gericht op één doelgroep, maakt grote kans om hun huidige baan kwijt te raken, over te moeten stappen naar een andere werkgever en/of andersoortig werk te moeten gaan doen. Het zal dan vooral gaan om werk met een integrale/generalistische focus, en dus om een bredere doelgroep, en ook om werk waarbij meer zelfsturing en vaardigheden zoals coaching komen kijken. De functies die op dit moment het dichtst bij de toekomstig benodigde generalisten binnen het integrale scenario liggen zijn de wijkverpleegkundigen (HBO), verpleegkundigen in de wijk (MBO) of coördinerende begeleiders (zowel MBO als HBO). Ook komt er meer druk te liggen op de Eerst Verantwoordelijke Verpleegkundige. Uiteindelijk is voor deze groep wel omscholing nodig, want het betreft hier een 'nieuwe' functie. Er komt binnen dit scenario daarom naar verwachting een grotere druk op zorgfuncties op de hogere MBO-niveaus en HBO-niveau. Voor deze functies zal concurrentie tussen werknemers uit de diverse branches zijn en van nieuwe toetreders.

Tegelijk wordt een afbouw verwacht van de puur huishoudelijke functies en een substantiële afname van de verzorgende functies op de lagere MBO-niveaus (helpenden zorg en welzijn). Hoewel het niet zeker is dat het informele netwerk wordt ingezet voor huishoudelijke ondersteuning en persoonlijke verzorging, is dit wel de verwachting. Los van deze ontwikkeling zullen er toch ook (maar naar verwachting in mindere mate) MBO-ers en lager opgeleiden op uitvoerend niveau nodig blijven, omdat de hulp niet alleen geleverd zal worden door de

[1] In de hoofdstukken 4 tot en met 8 wordt per branche nader ingegaan op de wijze waarop aanbieders zich voorbereiden op de veranderingen.

generalisten. Zo blijven huishoudelijke hulp en persoonlijke verzorging naar verwachting deel uitmaken van het dienstenpakket, al is het in veel mindere mate.

Respondenten verwachten een afname in directie-, management- en leidinggevende functies. Binnen het integrale scenario gaat men uit van zelfsturende teams en zullen leidinggevenden en coördinerende taken meer binnen het team komen te liggen. Ook gaat men er in dit scenario van uit dat de lijnen binnen de teams kort zijn en dat er om die reden ook minder administratieve werkzaamheden zijn.

Tot slot geldt ook hier de scenario-onafhankelijke ontwikkeling, dat, gezien de extramuralisering, er relatief grote effecten worden verwacht voor het personeel in overheadfuncties en facilitair personeel in intramurale instellingen.

Risico's en voorwaarden voor succes

Voor dit scenario worden diverse risico's en voorwaarden voor succes genoemd. Zo is het bij veel partijen nog onduidelijk wat er precies verwacht wordt van de functie van 'generalist' en hoe de verbinding tussen het wijkteam en de specialistische, doelgroepgerichte zorg wordt gelegd: is er een specialist in het wijkteam, of wordt de zorgvrager doorverwezen naar de volgende schakel in de keten? Aangezien de meeste hulpvragers een enkelvoudige problematiek hebben, is het de vraag of er altijd een specialist in het wijkteam moet zitten. Bij doorverwijzing (in het geval van een specialistische hulpvraag) bestaat echter het risico dat het wijkteam alleen maar een extra schakel vormt. De oplossing zit hem, volgens een respondent, in 'niet doorschuiven, maar aanschuiven!'
De vraag is verder of er wel genoeg mensen zijn die deze functie van 'generalist' kunnen vervullen, en wat er gebeurt met de mensen die dat niet kunnen?

Algemeen is men bezorgd of het de gemeenten wel gaat lukken om integrale zorg op te zetten zonder dat dit alleen maar een extra schakel gaat vormen. Men vreest dat veel geld zal worden uitgegeven aan het stellen van indicaties in plaats van het verlenen van zorg. Het succes van het scenario zal naar verwachting afhangen van de regierol van de gemeente en de samenwerking met andere partijen zoals aanbieders en verzekeraars.

Verdeling budget over zorgfuncties[1]

In de expertmeetings, is aan de aanwezigen gevraagd aan te geven hoe de budgetten in dit scenario naar verwachting verdeeld zullen worden over het wijkteam, de aanbieders (specialistische zorg) en de gemeente zelf. Verwacht wordt dat 45-50 procent van het budget zal worden besteed aan het wijkteam; 30-40 procent aan de aanbieders en 10-20 procent aan de gemeente (uitvoeringskosten)[2]. De grote verschuiving van financiële middelen van de (huidige) aanbieders naar de wijkteams is alleen mogelijk, doordat de wijkteams de zorgtaken in de eerste (en vaak 'anderhalfde') lijn volledig op zich nemen.

[1] Zie verder §3.6.

[2] Het gaat bij deze uitvoeringskosten om middelen die voorheen (deels) voor zorglevering werden ingezet.

3.6 Indicatieve doorrekening alternatieve scenario's

Naast de effecten van de beleidsmaatregelen op de beschikbare budgetten is ook de rol van gemeenten van invloed op de werkgelegenheid in de langdurige zorg en ondersteuning. Gemeenten krijgen grote mate van beleidsvrijheid en kunnen meer of juist minder uitgeven aan de verschillende zorgfuncties. Daarnaast moet rekening worden gehouden met uitvoeringskosten van gemeenten.

In de doorrekening worden 2 dimensies meegenomen:
- Integraal versus doelgroep
- Keuzes gemeenten over inzet middelen: -10%, 0% en +10% ten opzichte van de overgehevelde middelen in het nul-scenario

In alle zes varianten wordt verondersteld dat de totale uitvoeringskosten van de gemeenten 7% van de middelen bedragen. Dat is ruwweg het percentage uitvoeringskosten Wmo minus het (huidige) percentage uitvoeringskosten AWBZ. Ook in de huidige situatie zijn gemeenten al verantwoordelijk voor de uitvoering van welzijn en maatschappelijke dienstverlening en is dus al sprake van uitvoeringskosten. In de doorrekening wordt aangenomen dat deze uitvoeringskosten gelijk blijven[1].

Voor de globale doorrekening van de uitbreidingsvraag in de 6 varianten wordt er vanuit gegaan dat de overheveling van de middelen WMO/Jeugd in 2015 zal gaan plaatsvinden.

In tabel 3.3 is een overzicht gegeven van de ontwikkeling van de beschikbare middelen in de verschillende scenario's. In het nul-scenario wordt aangenomen dat de beschikbare middelen worden ingezet voor de zorgfuncties op de wijze waarop dat ook in het basisjaar 2012 gedaan is. Met andere woorden, er wordt in het nul-scenario geen rekening gehouden met de gevolgen van keuzes die gemeenten mogelijk gaan maken over de inzet van de middelen. Omdat in zowel de integrale als de doelgroepenscenario's wordt aangenomen dat de uitvoeringskosten 7% van de beschikbare middelen bedragen, is er geen verschil in de beschikbare middelen in het integrale- en het doelgroepenscenario.

De invloed van de uitvoeringskosten en de keuze van gemeenten om meer dan wel minder middelen beschikbaar te stellen is duidelijk zichtbaar. In het scenario waarin er naast de uitvoeringskosten ook nog eens 10% minder middelen worden ingezet is de afname van de middelen het sterkst. In de variant waarin gemeenten 10% meer middelen inzetten, nemen de middelen sterker toe dan in het nul-scenario omdat de uitvoeringskosten (7%) worden gecompenseerd.

Bij de interpretatie van tabel 3.3 moet worden bedacht dat de uitvoeringskosten van gemeenten ook inzet van personeel betekenen. Afhankelijk van de keuzes de gemeenten maken kan het hierbij gaan om zowel VOV-personeel als ander personeel.

[1] Er wordt van de middelen voor de WMD dus niet nog eens 7% aan uitvoeringskosten meegenomen.

Tabel 3.3 Middelen voor de langdurige zorg en ondersteuning in de verschillende varianten (in miljarden)

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Groei
nul-scenario							
GGZ (LZ)	*2,3*	*2,3*	*2,4*	*2,3*	*2,4*	*2,4*	*1,4%*
GHZ	*6,9*	*7,0*	*7,1*	*6,8*	*7,0*	*7,0*	*0,3%*
V&V	*9,8*	*9,6*	*9,5*	*9,1*	*8,9*	*8,7*	*-2,4%*
Thuiszorg	*4,4*	*4,6*	*4,9*	*4,1*	*4,5*	*4,8*	*1,8%*
Jeugdzorg	*3,0*	*2,9*	*2,9*	*2,8*	*2,6*	*2,5*	*-3,7%*
Integraal/doelgroep -10%							
GGZ (LZ)	*2,3*	*2,3*	*2,4*	*2,1*	*2,2*	*2,2*	*-0,6%*
GHZ	*6,9*	*7,0*	*7,1*	*6,6*	*6,8*	*6,8*	*-0,4%*
V&V	*9,8*	*9,6*	*9,5*	*9,0*	*8,8*	*8,5*	*-2,8%*
Thuiszorg	*4,4*	*4,6*	*4,9*	*3,6*	*3,9*	*4,2*	*-0,9%*
V&V	*3,0*	*2,9*	*2,9*	*2,3*	*2,2*	*2,1*	*-7,1%*
Integraal/doelgroep 0%							
GGZ (LZ)	*2,3*	*2,3*	*2,4*	*2,2*	*2,3*	*2,3*	*0,5%*
GHZ	*6,9*	*7,0*	*7,1*	*6,7*	*6,9*	*6,9*	*0,0%*
V&V	*9,8*	*9,6*	*9,5*	*9,0*	*8,9*	*8,6*	*-2,6%*
Thuiszorg	*4,4*	*4,6*	*4,9*	*3,9*	*4,2*	*4,6*	*0,7%*
Jeugdzorg	*3,0*	*2,9*	*2,9*	*2,6*	*2,4*	*2,3*	*-5,1%*
Integraal/doelgroep +10%							
GGZ (LZ)	*2,3*	*2,3*	*2,4*	*2,4*	*2,4*	*2,5*	*1,6%*
GHZ	*6,9*	*7,0*	*7,1*	*6,8*	*7,0*	*7,0*	*0,3%*
V&V	*9,8*	*9,6*	*9,5*	*9,1*	*8,9*	*8,7*	*-2,5%*
Thuiszorg	*4,4*	*4,6*	*4,9*	*4,2*	*4,6*	*4,9*	*2,1%*
Jeugdzorg	*3,0*	*2,9*	*2,9*	*2,9*	*2,7*	*2,5*	*-3,3%*

De WMD heeft een bijzondere positie omdat in deze branche geen middelen worden overgeheveld naar gemeenten, maar wel naar de wijkteams. De branche WMD zal wel worden beinvloed door de overheveling in de andere branches. De branche en experts zien kansen voor de WMD in de wijkteams waar nieuwe samenwerkingsverbanden tussen zorg en welzijn kunnen ontstaan. Echter, de verwachting is ook dat de meeste gemeenten de eerste jaren na 2015 zullen starten met het doelgroepenscenario. In dit scenario zal er veel meer sprake zijn van concurrentie en experts verwachten dat de in het doelgroepenscenario de middelen voor de WMD vanaf met 1 procentpunt extra afnemen ten opzichte van het nul-scenario. Vanaf 2015 nemen in het doelgroepenscenario de middelen in de WMD dus jaarlijks met 5% in plaats van 4% af.

Gemeenten krijgen een ruime mate van beleidsvrijheid bij de besteding van de middelen die worden overgeheveld. Dit geldt ook voor de organisatie van de langdurige zorg en ondersteuning. In de scenario's komt dit tot uitdrukking in de dimensie integraal versus doelgroep. In de expertmeetings is respondenten gevraagd wat zij verwachten over de verdeling van de middelen tussen wijkteams en gespecialiseerde instellingen. Daaruit kwam naar voren dat men verwacht dat in het integrale scenario een groter deel van de overgehevelde middelen naar de wijkteams gaat dan in het doelgroepen scenario. Tabel 3.4 presenteert de resultaten.

Tabel 3.4 Omvang en verdeling overgehevelde middelen tussen specialisten en de wijkteams langdurige zorg en ondersteuning en WMD (in miljarden)

		2015	*2016*	*2017*
-10%				
Integraal scenario	Specialisten	5,0	5,2	5,3
	Wijkteams	4,0	4,0	4,1
Doelgroep scenario	Specialisten	6,3	6,4	6,6
	Wijkteams	2,8	2,8	2,8
0%				
Integraal scenario	Specialisten	5,6	5,7	5,9
	Wijkteams	4,4	4,5	4,5
Doelgroep scenario	Specialisten	7,0	7,1	7,3
	Wijkteams	3,1	3,1	3,1
+10%				
Integraal scenario	Specialisten	6,2	6,3	6,5
	Wijkteams	4,9	4,9	5,0
Doelgroep scenario	Specialisten	7,7	7,8	8,0
	Wijkteams	3,4	3,4	3,4

Bron: schatting Panteia, Seor en Etil obv resultaten expertmeetings

Het deel van de overgehevelde middelen dat in de wijkteams terecht komt is in het integrale scenario groter dan in het doelgroepenscenario. Het is niet bekend hoe wijkteams worden samengesteld en het is dus onzeker welk deel van deze middelen aan de branches toevallen[1]. Voor de huidige AWBZ-branches (GGZ-lz, GHZ, VV, T en JZ) betekent dit dat in het integrale scenario de toekomstige middelen voor de branche onzekerder zijn dan in het doelgroepenscenario.

Voor de WMD geldt het omgekeerde; experts verwachten dat het integrale scenario kansen biedt voor de WMD en dat dit juist niet het geval is in het doelgroepenscenario.

[1] In de eerdere beschrijving van het scenario is uitgegaan van 'zelfstandige' wijkteams. Gemeenten kunnen ook (huidige) aanbieders de opdracht geven wijkteams vorm te geven. In dat geval komt een deel van budget en werkenden alsnog in een 'oude' branche terecht.

In tabel 3.5 is de ontwikkeling van het aantal werknemers weergegeven voor het scenario waarin wel rekening wordt gehouden met uitvoeringskosten van gemeenten (7%) maar gemeenten niet bezuinigen of juist meer uitgeven. Omdat de uitvoeringskosten in het integrale en het doelgroepenscenario gelijk zijn (in beide gevallen 7%) is er geen verschil in de beschikbare middelen tussen beide scenario's. Omdat de werkgelegenheid direct samenhangt met de beschikbare middelen, is ook in dit opzicht geen verschil tussen beide scenario's.

De sterke afname in 2015 is het gevolg van de invoering van beleidsmaatregelen en de daarmee gepaard gaande overheveling van middelen naar gemeenten waardoor de middelen afnemen als gevolg van uitvoeringskosten (7%). Hierbij moet wel worden opgemerkt dat voor de uitvoering ook personeel wordt ingezet; het is alleen niet duidelijk of het hierbij gaat om beleidsmedewerkers of dat ook zorgpersoneel wordt ingezet. Dit personeel is niet meegeteld in de berekende aantallen.

Tabel 3.5 Ontwikkeling werkgelegenheid werknemers langdurige zorg en ondersteuning en WMD (x1.000)

	2012	*2013*	*2014*	*2015*	*2016*	*2017*
GGZ (LZ)	28	29	30	28	28	29
		4,0%	*2,1%*	*-6,5%*	*2,3%*	*1,2%*
GHZ	160	162	165	156	160	160
		1,2%	*1,8%*	*-5,2%*	*2,4%*	*-0,1%*
V&V	256	250	247	235	231	224
		-2,5%	*-1,3%*	*-4,6%*	*-1,8%*	*-2,9%*
Thuiszorg	158	164	176	140	152	164
		3,9%	*7,3%*	*-20,4%*	*8,2%*	*7,6%*
WMD	61	59	57	54	51	48
		-4,0%	*-4,0%*	*-5,0%*	*-5,0%*	*-5,0%*
Jeugdzorg	32	31	31	28	26	25
		-2,7%	*0,0%*	*-10,7%*	*-6,2%*	*-5,6%*
Totaal	696	695	705	642	650	651
		-0,1%	*1,4%*	*-9,0%*	*1,2%*	*0,2%*

Bron: schatting Panteia, Seor en Etil obv resultaten expertmeetings

Bij tabel 3.2 is aangegeven dat experts WMD verwachten dat gemeenten de eerste jaren na 2015 zullen kiezen voor het doelgroepenscenario en dat in dit scenario de middelen voor de WMD met één procentpunt extra zullen afnemen ten opzichte van het nul-scenario. Wanneer dit daadwerkelijk het geval is, neemt de werkgelegenheid vanaf 2015 niet met 4% maar met 5% per jaar af.

De samenstelling van de werkgelegenheid naar functie/kwalificatie verschilt wel tussen beide scenario's maar de beschikbare informatie laat geen gedetailleerde doorrekening toe. Op basis van de expertmeetings kan wel worden geconcludeerd dat in het integrale scenario relatief meer generalisten worden gevraagd. Deze zijn doorgaans wat hoger opgeleid dan de specialisten die juist relatief meer worden gevraagd in het doelgroepenscenario. De verwachting is dan ook dat in het integrale scenario een verschuiving optreedt richting hoger opgeleid personeel.

De verschuiving van intra- naar extramurale zorg heeft uiteraard wel grote gevolgen voor typische intramurale functies zoals keukenpersoneel etc. De werkgelegenheid voor dit soort functies zal sterk dalen.

3.7 Risico's en kansen

In deze paragraaf geven we een overzicht van de risico's en kansen die de betrokken partijen hebben genoemd ten aanzien van de maatregelen in de langdurige zorg en ondersteuning en in de jeugdzorg.

3.7.1 Zorgen over uitvoeringskosten en 'extra laag'

Bij de overheveling van de diverse zorgfuncties krijgen gemeenten tevens een bedrag voor uitvoeringskosten. Een aantal partijen verwacht echter dat dit bedrag lager zal zijn dan de daadwerkelijke kosten. Hoewel niet wordt verwacht dat gemeenten de over te hevelen middelen voor hun extra taken aan geheel andere domeinen gaan uitgeven, zijn er bij een aantal sociale partners en aanbieders wel zorgen dat een deel van het beschikbare budget op zal gaan aan de uitvoeringskosten van gemeenten.

Uit onderzoek naar de uitvoeringslasten van de Wmo in 2010[1] kwam naar voren dat 13 tot 14 procent van het budget naar het 'gemeentelijk apparaat' gaat. De hoogte van de kosten bleek sterk te verschillen per gemeente en af te hangen van beleidskeuzes die kunnen leiden tot een zeer intensieve vorm van uitvoering cq. een afwijkend voorzieningenniveau (soms oplopend tot het dubbele percentage aan uitvoeringslasten). Bovendien is bij kleinere gemeenten sprake van negatieve schaaleffecten, die met name kunnen optreden wanneer niet of in beperkte mate wordt samengewerkt met andere gemeenten. Bij sommige van de grootste gemeenten worden percentages van onder de 10 procent aangetroffen.

Respondenten in het onderhavige onderzoek verwachten dat uitvoeringskosten 5 tot 20 procent van de over te hevelen middelen zullen bedragen. Uitvoeringskosten voor de nieuwe taken kunnen lager uitvallen door samenwerking met andere gemeenten of indien het ambtenarenapparaat dat op dit moment de Wmo en het Welzijnswerk uitvoert, de uitvoering van de extra taken erbij neemt.

In het verlengde hiervan zijn er ook zorgen over de 'extra laag' die zou kunnen ontstaan als gevolg van sterker inzetten op eerstelijns en nuldelijns zorg door gemeenten. Dit vormt vooral een risico indien de gemeente alleen de loket- of toegangsfunctie vervult en vervolgens doorverwijst. Een van de mogelijkheden om dit risico te minimaliseren, is ook in de eerste lijn zorgverlening plaats te laten vinden door specialistische generalisten. Zo kan de kwaliteit van de zorg gewaarborgd blijven en tegelijk kunnen bezuinigingen worden gerealiseerd, omdat de instroom in de tweede lijn kan worden beperkt. In hoeverre dit gerealiseerd wordt, hangt af van de keuzen die gemeenten en aanbieders nog moeten gaan maken.

[1] Cebeon (2010). *Uitvoeringskosten Wmo.*

3.7.2 Risico's voor aanbieders en werkenden

Onduidelijkheid en onzekerheid

Alle betrokken partijen noemen als knelpunt dat er nog veel onduidelijkheid is over hoe de langdurige zorg en ondersteuning in de toekomst vormgegeven gaat worden.
Gemeenten geven aan dat er veel veranderingen zijn geweest in de voornemens van het kabinet over de toekomstige taken van gemeenten en dat zij hierdoor nog weinig concreet beleid hebben kunnen ontwikkelen. Het is daarom veelal nog niet duidelijk hoe en welke langdurige zorg en ondersteuning zij willen gaan inkopen, bij welke aanbieders en onder welke condities.
Deze onduidelijkheid leidt bij aanbieders tot onzekerheid over welke diensten zij straks gaan verlenen en of er überhaupt nog wel een markt is voor hun diensten. Voor sommige aanbieders resulteert dit in een afwachtende houding, waarbij zij niet durven te innoveren of samenwerking durven te zoeken.[1] Vooral voor kleine aanbieders en hun personeel is dit een risico.
De onduidelijkheid en onzekerheid over de toekomst is ook ongunstig voor de werknemers. Zij weten vaak niet of zij straks nog wel een baan hebben (kunnen zij straks aan de slag bij een andere instelling of niet, worden zij in dienst genomen bij de gemeente, wat betekent dit voor hun arbeidsvoorwaarden?) en wat zij kunnen doen om hun kansen op de arbeidsmarkt te vergroten.

Om bovengenoemde onduidelijkheid en onzekerheid - en daarmee de risico's die hiermee gepaard gaan - weg te nemen, dienen er zo spoedig mogelijk concrete afspraken gemaakt te worden tussen gemeenten en alle aanbieders van langdurige zorg en ondersteuning zodat deze laatste weten wat hun kansen en mogelijkheden zijn. Het is daarbij goed als gemeenten ook uitspraken doen over hun voornemens ten aanzien van de eisen die zij gaan stellen aan nieuwe aanbieders waar het gaat om het overnemen van personeel van huidige aanbieders. Deze duidelijkheid is zeer wenselijk voor het personeel en maakt het bovendien mogelijk dat aanbieders zich gericht gaan voorbereiden op de transitie om hun kansen te vergroten en frictiekosten te beperken, door met hun personeels- en huisvestingsbeleid hierop in te spelen.

Transitieplan voor de langdurige zorg en ondersteuning

Het ministerie van VWS is samen met vertegenwoordigers van aanbieders en de VNG bezig met een integraal transitieplan voor de langdurige zorg en ondersteuning. Onder andere ActiZ[2] heeft daarover additionele wensen ingediend. Met een strakke regie waarbij alle betrokken partijen gezamenlijke en bindende afspraken maken, kunnen volgens deze partij onnodige ontslagen en onnodige sluiting van verpleeg- en verzorgingshuizen worden voorkomen. Op 15 juli 2013 vond een startconferentie plaats, waar inzichten, wensen, risico's en kansen zijn geïnventariseerd. De bedoeling is in september een gezamenlijk landelijk transitieplan af te ronden. In november worden vervolgens regionale afspraken afgemaakt.

Voor de jeugdzorg zal de gewenste duidelijkheid er wel al binnenkort komen: uiterlijk 31 oktober moeten gemeenten hun plannen voor de transitie van de jeugdzorg in zogeheten 'transitiearrangementen' bekend maken.

[1] In de jeugdzorg is het overigens niet alleen een kwestie van niet durven, maar ook van niet kunnen: organisaties mogen niet investeren omdat zij geen nieuwe verplichtingen meer mogen aangaan met een langere looptijd.

[2] ActiZ (2013). *Brief aan de staatssecretaris van VWS d.d. 6 juni betreffende Transitieakkoord.*

Verschuivingen van werkgelegenheid tussen aanbieders/sectoren

Meer nog dan de werkgelegenheidseffecten op macroniveau, zullen er op brancheniveau (en op instellingsniveau) aanzienlijke effecten optreden als gevolg van verschuivingen van werkgelegenheid. Hierbij verdwijnen er aan de ene kant banen en komen ze er aan de andere kant weer bij.

Zo komen AWBZ-taken (en mogelijk ook jeugdzorgtaken) voor een deel bij aanbieders van welzijns- en Wmo-diensten te liggen. Sommige partijen verwachten dat schoonmaakbedrijven in een deel van de Wmo een concurrentie positie zullen innemen. Andere partijen, waaronder Abvakabo FNV, geven juist aan dat schoonmaakbedrijven geen zorg bieden en dat er om die reden juist in het thuiszorgdomein geen plaats is voor schoonmaakbedrijven. Daarnaast zal sprake zijn van een verschuiving tussen zorgvormen, zoals een verschuiving van intramuraal naar extramuraal, en van tweedelijn naar eerstelijn. Ook is de verwachting van respondenten (huidige aanbieders) dat de lichtere zorgfuncties, zoals verzorging en dagbesteding, in hun huidige vorm (geleverd door aanbieders in een specifieke AWBZ-branche) voor een belangrijk deel verdwijnen.
Als gevolg hiervan zullen veel van de huidige aanbieders kleiner worden. Sommige aanbieders verwachten, als gevolg van krimp waarop zij zich onvoldoende hebben kunnen voorbereiden, mogelijk failliet te zullen gaan. Tegelijkertijd ontstaan er ook nieuwe aanbieders en nemen sommige bestaande aanbieders in omvang toe.

De effecten van deze verschuivingen op de werkgelegenheid zullen (onder andere) afhangen van hoe gemeenten de eerstelijn gaan inrichten, en zullen dus ook sterk verschillen per gemeente, afhankelijk van de keuzes die een gemeente maakt. Ook de strategische keuzes van aanbieders zullen een grote rol spelen; denk bijvoorbeeld aan specialisatie of keuze voor bepaalde regio's. Nog onduidelijk is bijvoorbeeld in hoeverre de huidige tweedelijnsmedewerkers straks een baan kunnen krijgen in de eerstelijn cq in een wijkteam en welke competenties van hen worden gevraagd.

Effecten per branche

De grootste afname van werkgelegenheid zal zich, naar verwachting, voordoen in de huishoudelijke hulp. Daarnaast zullen naar verwachting de lichtere zorgfuncties, zoals verzorging en dagbesteding, in hun huidige vorm (geleverd door aanbieders in een specifieke AWBZ-branche) voor een belangrijk deel verdwijnen. Datzelfde geldt voor de lichtere intramurale zorg. Daar staat tegenover dat deze extramuralisering weer vraag creëert op juist de genoemde extramurale zorgfuncties. Voor de levering van deze zorg zal geconcurreerd moeten worden met nieuwe toetreders en de huidige Wmo- en welzijnsaanbieders. Deze hebben echter ook personeel nodig, wat mogelijk leidt tot een verschuiving van personeel tussen aanbieders. Daarbij is het ook mogelijk dat een deel van deze langdurige zorg en ondersteuning geleverd gaat worden door mantelzorgers en/of vrijwilligers[1]. Veel partijen zetten echter vraagtekens bij de capaciteit en bereidheid van deze groepen om de zorg te leveren. Ten dele zal een nieuwe particuliere vraag de geïnstitutionaliseerde vraag vervangen, wat resulteert in 'nieuwe' werkgelegenheid. De sector WMD krijgt verder meer concurrentie van (zorg)aanbieders met een integraal pakket binnen het brede sociale domein.

[1] De staatssecretaris van VWS tekent daarbij in zijn visie op de mantelzorg aan, dat mensen die aangewezen zijn op een voorziening uit hoofde van de Wmo moeten kunnen blijven rekenen op ondersteuning van goede kwaliteit en dat lijfsgebonden zorg ook na 2015 in handen moet blijven van mensen die daarvoor zijn gekwalificeerd en die deze activiteiten kunnen uitvoeren volgens professionele standaarden.

In de jeugdzorg zullen de effecten sterk verschillen afhankelijk van de typen organisaties die binnen de branche zijn te onderscheiden. Bureaus Jeugdzorg (BJZ) worden op dit moment nog volledig door de provincies gefinancierd. Deze financiering zal wegvallen. Daarbij zullen ook de taken op het gebied van de toegang (vrijwel) zeker wegvallen. Alleen wat betreft de jeugdbescherming en jeugdreclassering (JB en JR) lijken de BJZ's redelijk zeker van hun omzet. Het is echter nog niet helemaal zeker of alle gemeenten ook daadwerkelijk verder gaan met de BJZ's uit hun regio en het pakket aan diensten dat zij (willen) aanbieden. Voor jeugd- en opvoedhulporganisaties (J&O) is er ook een grote mate van onzekerheid, Zij worden afhankelijk van de inkoop door gemeenten. Het is echter nog onduidelijk welke diensten gemeenten in welke hoeveelheid gaan inkopen. Faillissementen worden verwacht doordat verplichtingen niet tijdig afgestoten kunnen worden.

Bij dit alles zal er efficiënter moeten worden gewerkt: de omzetdaling zal niet alleen zitten in afname van het volume maar ook van de tarieven.

Imago branches
Baan- of werkzekerheid is een van de aspecten die altijd met het werken in de langdurige zorg en ondersteuning is geassocieerd en een belangrijke motivatie om voor een carrière in de sector te kiezen. Ontslagen en gebrek aan stageplaatsen tasten het arbeidsmarktimago ernstig aan, wat de werving in de naaste toekomst veel moeilijker maakt. Dit roept vragen en dilemma's op hoe jongeren die nu en in de komende jaren een mbo of hbo opleiding volgen die hen voorbereid op het werk in de zorg perspectief houden op een baan? Juist jongeren kunnen bij de veranderingen in de sector mogelijk een rol spelen bij implementatie van nieuwe manieren van werken. De nieuwe manier van werken kan voor anderen juist aantrekkelijk blijken.

Transitiekosten/frictiekosten voor aanbieders
Frictiekosten ofwel transitiekosten treden op als gevolg van reorganisaties, gedwongen ontslagen (wachtgeld), sociale plannen, en als gevolg van leegstand van gebouwen (waarbij huurcontracten nog doorlopen of in het geval van eigendom deze niet of met verlies verkocht worden). Ook worden er mogelijk extra kosten voor kennisontwikkeling en scholing van het personeel gemaakt.

> In de expertmeetings is gevraagd hoeveel procent van het vaste personeel men verwacht te moeten ontslaan en hoeveel procent leegstand van de capaciteit van gebouwen men verwacht. Hierbij worden percentages genoemd van 10 tot 25 procent van het personeel dat moet worden ontslagen, en eveneens 10 tot 25 procent leegstand. Daarbij wordt verwacht 1 tot 4 procent van de loonsom aan extra opleidingskosten te moeten besteden. Het is belangrijk om op te merken dat ook voor experts de onzekerheid overheerst.

De ingrijpendheid van de maatregelen in samenhang met het hoge tempo leveren in de periode 2013-2017 grote fricties op allerlei terreinen op. De belangrijkste zijn verwachte overschotten aan personeel, deels als gevolg van een kwalificatiemismatch, en leegstand van vastgoed, samenhangend met de extramuralisering. Deze fricties leiden tot transitiekosten (ontslagkosten, kosten sociaal plan, opleiding medewerkers, afkopen huurcontracten, etc.).

Daarnaast maken alle betrokken organisaties meer kosten (of gaan dat doen) dan in 'normale jaren' die gerelateerd zijn aan de transitie als zodanig: opleidingskosten, beleidsontwikkeling, overleg met gemeenten en aanbieders, herinrichten organisatie, werven personeel, werven opdrachten, etc. Omdat gemeenten verschillende keuzes zullen maken, moeten aanbieders zich bovendien op meerdere uitvoeringsvormen gaan voorbereiden. De be-

schikbare middelen voor (zorg)personeel kunnen hierdoor extra onder druk komen te staan. Het is op dit moment niet duidelijk hoe hoog de transitiekosten zullen liggen. Duidelijk is wel dat het om substantiële bedragen kan gaan.

Duidelijkheid over het landelijk en het gemeentelijk beleid is nodig om van werk naar werk trajecten te kunnen ontwikkelen. Waar ontstaan openingen op de arbeidsmarkt? Aan welke competenties gaat behoefte ontstaan? Binnen diverse gemeenten lopen op deze terreinen pilots. Vanwege de mate waarin functies veranderen, kan van werk naar werk in deze context overigens ook bij dezelfde werkgever voorkomen. Met name de invulling en de samenstelling van de wijkteams spelen in dit verband een belangrijke rol. Het is aan te bevelen dat de sectorplannen nadrukkelijk rekening houden met grote verschillen tussen regio's en/of gemeenten.

Voor de huidige aanbieders zijn dreigende transitiekosten als gevolg van leegstand een groot probleem/risico. Beter inzicht hierin is wenselijk. Ook zijn de brancheorganisaties van mening dat het neerleggen van deze transitiekosten bij (alleen) de aanbieders niet realistisch is. Dit zou zich vertalen in extra ontslagen. Men kan zich ook afvragen of er wel sprake is van een eerlijk speelveld in vergelijking tot nieuwe aanbieders. Hiertegen wordt ingebracht dat gevestigde instellingen al een positie bij gemeenten hebben, die door nieuwe aanbieders nog dient te worden verworven, wat extra inspanningen en investeringen vergt. Er moet bezien worden of flankerend beleid op dit punt nodig is.

Veranderingen voor medewerkers
Wat de veranderingen betekenen voor de medewerkers die nu deze zorg leveren, zal deels afhangen van gemeentelijk beleid. In het geval van verschuiving van dienstverlening naar andere branches of aanbieders, geldt dat sommige gemeenten verlangen dat de aanbieder die de aanbesteding wint personeel overneemt. Echter, andere gemeenten geven aan dat zij zich niet verantwoordelijk voelen voor arbeidsmarkteffecten cq de baanzekerheid van het personeel.

De geïnterviewde partijen zijn het er over eens dat het gevraagde functieniveau van personeel in zorg en welzijn zal toenemen. Er zal vooral vraag zijn naar de niveaus 4 en 5. De kansen voor medewerkers op niveau 3 zullen deels afhangen van hun competenties en flexibiliteit. Voor de lagere niveaus zullen er minder kansen zijn op werk in zorg en welzijn, hoewel er ook veel mbo-ers en lager opgeleiden op uitvoerend niveau nodig zullen blijven. Volgens de geïnterviewden zal minder vraag zijn naar medewerkers op niveau 1 en 2 bij de aanbieders in de langdurige zorg en ondersteuning. Dat wil niet zeggen er voor deze groep helemaal geen werk meer is. Zij zouden eventueel als zzp'er of in de schoonmaakbranche aan de slag kunnen. Mochten medewerkers op niveau 1 en 2 hiertoe in staat zijn, zou een upgrading naar een hoger niveau extra kansen bieden.

Verder worden er relatief grote effecten verwacht voor het personeel in overheadfuncties en facilitair personeel in intramurale instellingen. Voor hen is het zeer de vraag of zij in de zorg en welzijnssector werkzaam kunnen blijven, aangezien zijn niet kunnen 'mee extramuraliseren'. Afdelingen P&O, financiën en ICT blijven voor een goede bedrijfsvoering noodzakelijk, maar voor schoonmaak- en keukenpersoneel ligt dat anders.

Behalve dat er vraag zal zijn naar een hoger functieniveau, zullen veel medewerkers ook generalistischer en dus sectoroverschrijdend moeten gaan werken. Dat wil zeggen dat ze aan meerdere doelgroepen lichte hulp en ondersteuning moeten kunnen bieden. Dit laat overigens

onverlet dat er een deel specialistische zorg nodig zal blijven. Hiernaast zal er voor veel medewerkers sprake zijn van een verschuiving van een intramurale naar een extramurale werksetting. Behalve tot andere arbeidsomstandigheden leidt dit tot een groter beroep op competenties zoals zelfstandigheid en ondernemerschap (netwerken, regie voeren, etc).

De verwachting is dat lang niet al het personeel over de flexibiliteit en capaciteiten beschikt om te willen en kunnen voldoen aan de nieuwe functie-eisen en functie-inhoud. Voor de opleidingen ligt er dan ook een belangrijke taak om een opleidingsaanbod te ontwikkelingen dat breder en minder doelgroepgericht is, en aansluit bij de veranderde vraag.

Daarbij komt dat er ook negatieve effecten worden verwacht voor de arbeidsvoorwaarden. Tarieven zullen mogelijk onder druk komen te staan met het gevolg dat salarissen omlaag moeten. Daarom wordt verwacht dat medewerkers ofwel voor hetzelfde salaris werk zullen moeten doen boven hun niveau, ofwel voor een lager salaris hetzelfde werk of werk dat onder hun niveau ligt. Lagere salariëring is overigens geen noodzakelijkheid. Door efficiënter te werken is ook een lager tarief te realiseren.

Voor medewerkers die mogelijk in dienst zullen komen van gemeenten geldt nu dat zij, afhankelijk van hun branche, onder verschillende CAO's vallen. Niet duidelijk is nog hoe gemeenten hiermee zullen omgaan en wat de gevolgen voor arbeidsvoorwaarden zullen zijn. Ook sociale partners hebben hier een gezamenlijke verantwoordelijkheid in; zij kunnen de werkingssferen van CAO's bijvoorbeeld beter op elkaar afstemmen.

(Gedwongen) ontslagen

Hoewel gedwongen ontslagen onvermijdelijk lijken, wordt over het algemeen verwacht dat een deel van de krimp kan worden opgevangen met (natuurlijk) verloop en inkrimping van de flexibele schil. De mogelijkheden hiervoor verschillen wel tussen branches (en aanbieders). Zo hebben bijvoorbeeld de WMD en de Jeugdzorg niet of nauwelijks een flexibele schil. Het opvangen met de flexibele schil gaat bovendien ten koste van de werkenden die de flexibele schil vormen. Omdat hier relatief veel jongeren in zitten, zal een dergelijke afbouw ook de leeftijdsopbouw binnen de aanbieders sterk negatief beïnvloeden. In combinatie met een lage baan-baanmobiliteit heeft dit bovendien invloed op carrièreperspectieven. Ook het natuurlijk verloop loopt uiteen tussen branches (en aanbieders) en hangt bijvoorbeeld af van het aandeel werknemers dat binnenkort met pensioen gaat. Er zijn dan ook aanbieders en branches (vooral de intramurale zorg en hulp binnen het huishouden) die 10 tot 25 procent gedwongen ontslagen verwachten. Een aantal grote aanbieders heeft recent al stappen in die richting gezet. In de branche Welzijn & Maatschappelijke Dienstverlening is het aantal gedwongen ontslagen in de periode 2010-2012 geraamd op 3.000.[1] In eerder onderzoek werd de verwachting uitgesproken dat deze krimp zich in 2013 en 2014 voortzet.[2] Een deel van de ontslagen medewerkers kan elders aan de slag.

Kansen en risico's naar (type) instelling en medewerker

De mate waarin de hiervoor genoemde risico's voor de arbeidsmarkt in (branches van) van zorg en welzijn (macro- en mesoniveau) optreden, zal deels afhangen van de manier waarop de individuele aanbieders zich (kunnen) voorbereiden op de veranderingen.

[1] Bureau Bartels (2012). *Participatie onder druk. Onderzoek naar bezuinigingen in Welzijn & Maatschappelijke Dienstverlening in relatie tot de transities. In opdracht van MOgroep.*

[2] Onderzoek van Partners + Pröpper (juni 2013) in opdracht van FCB.

Al met al is men het erover eens dat kleinere aanbieders, zeker indien deze geen specialistisch aanbod hebben, het meeste risico lopen. Voor deze aanbieders is het dus van belang om te gaan vernieuwen of samenwerken, ofwel zich te specialiseren. Opgemerkt wordt dat dit nog weinig gebeurt. Tegelijk zijn er ook aanbieders die zich wel proactief voorbereiden, bijvoorbeeld door het zoeken naar samenwerking, het ontwikkelingen van integraal extramuraal aanbod (bijvoorbeeld extramurale zorgarrangementen) of ander vernieuwend aanbod zoals E-health. Dergelijke vernieuwing, waarbij het vooral gaat om het leveren van sectoroverstijgende en vraaggerichte ondersteuning, biedt de beste kansen voor aanbieders.

3.7.3 Risico's voor de burger

Tot slot noemen betrokken partijen ook risico's voor de burger:

- het mogelijk tussen wal en schip vallen van mensen;
- een verslechtering van de kwaliteit van met name de specialistische zorg;
- het verdwijnen van de huidige (vertrouwde) hulp of hulpverlener;
- afname van de bezettingsgraad in verzorgingshuizen waardoor mensen, ondanks het overgangsrecht, toch zullen moeten verhuizen;
- en tot slot: het risico dat er niets verandert en dat het alleen maar minder wordt.

Voor het op adequate wijze (kunnen) inzetten van het eigen netwerk (zelf- en samenredzaamheid) geldt wel een aantal randvoorwaarden. Het vraagt onder meer om voldoende aanbod van informele zorgverleners, 'affectief burgerschap', handvatten voor en ondersteuning van cliënten en hun omgeving, nieuwe vaardigheden van zorgpersoneel en mogelijkheden voor de omgeving van hulpvragers om zorg met werk te combineren (zie kader).

Randvoorwaarden voor (verschuiving van formele naar) informele zorg

- Er dient voldoende aanbod van informele zorgverleners te zijn. Uit onderzoek van het SCP blijkt dat al veel mensen informele zorg verlenen: ongeveer 20 procent van de volwassen Nederlanders geeft meer dan drie maanden of meer dan acht uur per week mantelzorg en 8 tot 15 procent van de volwassenen is (wel eens) actief in het vrijwilligerswerk in de zorg. Nog onduidelijk is hoeveel potentiële informele zorg onbenut wordt gelaten en hoe meer onderlinge steun tot stand kan komen.[1]
  De huidige 'jonge ouderen' (65-75 jaar) zijn veel actiever en kapitaalkrachtiger dan eerdere generaties ouderen. Op korte termijn biedt de groeiende groep vitale ouderen van 65-75 jaar mogelijk een veerkrachtig vangnet van horizontale mantelzorg: jongere ouderen verlenen zorg aan oudere ouderen. Over tien, vijftien jaar, als de bevolking sterker is vergrijsd en veel ouderen 75 jaar of ouder zijn, brokkelt dit vermogen echter af.[2]
- De overheid beoogt affectief burgerschap: zorgzame burgers die door affectieve banden in beweging komen. Die positieve gevoelens koesteren voor elkaar en hun omgeving en door die gevoelens betrouwbare vervangers van betaalde krachten zullen zijn. Het beroep van de overheid op affectief burgerschap geldt

[1] SCP (2013). *Informele zorg in Nederland.*

[2] PBL (2013). *Vergrijzing en ruimte. Gevolgen voor de woningmarkt, vrijetijdsbesteding, mobiliteit en regionale economie.*

in principe alle burgers. Onderzoek laat echter zien dat de belasting van het affectieve burgerschap in de praktijk onevenredig bij vrouwen van boven de vijftig terechtkomt.[1]

- Voor zelf- en samenredzaamheid hebben cliënten en hun omgeving handvatten en ondersteuning nodig. Diverse onderzoeken laten zien dat specifieke hulpprogramma's en casemanagement opname van cliënten in een intramurale instelling jaren kunnen uitstellen.[2]
- Ondersteuning van cliënten en hun omgeving in zelf- en samenredzaamheid vergt nieuwe vaardigheden van verpleegkundigen en verzorgenden. De werkplaats Samenredzaamheid van V&VN is aan de slag gegaan met dit nieuwe aspect van het beroep. Dit heeft geresulteerd in een Werkboek Samenredzaamheid. Met behulp van de Teamscan Samenredzaamheid en inspirerende casussen ondersteunt het werkboek teams van verzorgenden en verpleegkundigen in de ouderenzorg een stap te zetten in deze nieuwe manier van werken.[3]
- Van groot belang is dat voor mantelzorgers (en andere informele zorgverleners) voldoende mogelijkheden zijn om werk en zorg te kunnen blijven combineren. Dat vraagt om 'mantelzorgvriendelijk personeelsbeleid'. Belangrijke elementen daarvan zijn: 1) bekend maken en bespreekbaar maken van combinatie van werk en mantelzorg; 2) bekend maken en actief toepassen van verlofregelingen; 3) door leidinggevenden en medewerkers samen zoeken naar maatwerkoplossingen. Het mes snijdt volgens het onderzoek aan twee kanten. Mantelzorgers die werken bij bedrijven met een mantelzorgvriendelijke organisatiecultuur ervaren een betere balans tussen werk en zorg en hebben veel minder de behoefte om hun werk aan te passen (bijvoorbeeld door minder uren te werken) of een andere baan te zoeken.[4]

Bij dit alles benadrukken alle betrokken partijen dat het streven naar meer integrale zorg onverlet laat dat specialistische zorg nodig zal blijven. Hierbij wordt vooral gedoeld op de zwaardere gehandicaptenzorg[5], de GGZ en de jeugdzorg. Het behoud van de kwaliteit van deze zorg, in combinatie met het organiseren van integrale en vraaggerichte ondersteuning, zal de uitdaging vormen voor gemeenten en aanbieders, alsook andere partijen zoals verzekeraars en cliëntenorganisaties.

3.7.4 Risico's, maar zeker ook kansen

Ondanks de zorgen die partijen hebben over de op handen zijnde veranderingen, leeft er in het algemeen toch sterk het idee dat de maatregelen nodig zijn om structurele bezuinigingen en verbeteringen door te voeren in de langdurige zorg en ondersteuning. Het streven naar wijkgerichte en integrale langdurige zorg en ondersteuning wordt vrijwel unaniem als nodig en zinnig gezien. Het gaat daarbij vooral om de kanteling van het huidige denken in aandoeningen/beperkingen en aanspraken naar kijken naar de persoon als geheel en wat deze nodig heeft om te kunnen participeren. Het eigen netwerk en algemene collectieve voorzieningen kunnen hier een belangrijke rol in vervullen. Ook worden kansen gezien door

[1] T. Kampen, I, Verhoeven en L Verplanke (red) (2013). *De affectieve burger. Hoe de overheid verleidt en verplicht tot zorgzaamheid;* E. Tonkens en M. De Wilde (2013). *Als meedoen pijn doet. Affectief burgerschap in de wijk.* Deze beide publicaties vormen samen het duojaarboek 2013 van het Tijdschrift voor Sociale Vraagstukken.

[2] C. Bakker (2013). *Young onset dementia: Care needs & service provision;* Altzheimer Nederland (2013). *Brief aan VWS beteffende: Casemanager dementie*; Ministerie van VWS *(2012). Deltaplan Dementie; Saxion (2012). Op eigen kracht vooruit. Een onderzoek naar de resultaten van Eigen Kracht-conferenties in Nederland.*

[3] V&VN (2013). *Werkboek Samenredzaamheid. Aan de slag met je cliënt en zijn netwerk.*

[4] Artikel 'Mantelzorgvriendelijk personeelsbeleid werkt', OP: werkenmantelzorg.nl, 5 juni 2013; VU, Expertisecentrum Mantelzorg en Stichting Werk & Mantelzorg (2013). *Gezond blijven werken, ook met mantelzorg. Informatie voor resp. werkende mantelzorgers, leidinggevenden en HR-medewerkers.*

[5] Het is op dit moment niet precies te specificeren wat 'zwaarder' is, maar gedacht kan worden aan multidisciplinaire zorg, ZZP's vanaf 4, etc.

het anders inrichten van dagbesteding en het maken van slimme combinaties, waarbij groepen die nu van een voorziening gebruik maken worden ingezet (of nog beter: zich inzetten) voor de ondersteuning van andere doelgroepen.

In deze paragraaf is tot nu toe vooral ingegaan op de risico's van de stelselwijzigingen. Met name het verlies aan arbeidsplaatsen (bij huidige aanbieders) wordt door veel van de direct betrokken partijen als een groot risico gezien. In de volgende paragraaf presenteren we – als pleister op de wonde – een aantal kansrijke oplossingsrichtingen voor verwachte personeelsoverschotten.

Naast risico's bieden de hervormingsplannen echter ook kansen voor huidige aanbieders, voor nieuwe aanbieders, voor medewerkers, voor burgers en voor de samenleving als geheel. Deels zijn deze kansen in het voorgaande al (impliciet[1]) aan de orde geweest. Hieronder zetten we ze nog eens op een rijtje en werken we ze nader uit.

Kansen voor huidige aanbieders
Extramuralisatie van de ouderenzorg betekent vooral verlies van werkgelegenheid voor instellingen die alleen intramurale zorg bieden (verpleeg- en verzorgingstehuizen zonder 'thuiszorgtak'). Bij gecombineerde VVT-instellingen kan personeel wellicht verschuiven van de intramurale zorg naar de extramurale zorg.
WMD-organisaties, die doorgaans nauwe contacten onderhouden met gemeenten, kunnen profijt hebben van de overheveling van de extramurale ondersteuning, begeleiding en dagbesteding van de AWBZ naar de Wmo en de decentralisatie van de jeugdzorg. Ook de extra investeringen in sociale wijkteams (structureel € 50 miljoen) bieden perspectieven voor de WMD.

Kansen voor nieuwe aanbieders
Kansen zijn er ook voor nieuwe toetreders, vooral op de gebieden waar het aanbod geëxtramuraliseerd wordt. Nieuwe aanbieders kunnen zich vanaf het begin flexibel in de markt zetten. Zij dragen immers niet de lasten en transitiekosten van onder andere gebouwen en op intramuraal aanbod gericht personeel met zich mee. Daar staat tegenover dat zij meer opstartkosten en acquisitiekosten zullen hebben. Al met al kunnen zij specifieke extramurale diensten mogelijk goedkoper aanbieden.

Enkele jaren terug ging de huishoudelijke hulp al over van de AWBZ naar de Wmo. De overgang van de huishoudelijke hulp en de aanbesteding daarvan door gemeenten had de nodige negatieve gevolgen voor bestaande thuiszorgorganisaties, maar bood tegelijkertijd kansen voor nieuwe aanbieders (met hun wortels onder meer in de schoonmaakbranche en facilitaire dienstverlening).

Ook de voorgenomen decentralisatie van taken op het gebied van extramurale ondersteuning, begeleiding en dagbesteding naar gemeenten biedt kansen voor nieuwe aanbieders. Een voorbeeld is de Lekker Leven organisatie van facilitair dienstverlener Sodexo. Het idee van LekkerLeven is dat iedereen in een bepaalde wijk gebruik kan maken van een breed scala aan ondersteunende diensten die onder de WMO vallen. LekkerLeven is reeds met een groot aantal gemeenten in gesprek over wat de organisatie voor hen kan betekenen gezien hun nieuwe verantwoordelijkheden. LekkerLeven werkt samen met lokale reguliere thuiszorgorganisaties. De afspraak is dat deze zich richten op puur verpleegkundige zorg en LekkerLeven alle andere Wmo-taken doet. Bovendien worden afspraken gemaakt met de gemeente dat LekkerLeven de werkgelegenheid op peil houdt door thuiszorgmedewerkers die hun baan verliezen zo veel mogelijk te absorberen. Aangetekend hierbij moet worden dat

[1] Er is gekozen voor deze impliciete insteek om het beeld niet te ambivalent te maken.

Sodexo in het LekkerLeven-concept niet werkt met medewerkers in vaste dienst. In plaats hier van bemiddelt het bedrijf met lokale zzp'ers en mkb-bedrijven.[1]

Kansen voor medewerkers

Bovenstaande geldt ook voor medewerkers. Flexibele medewerkers die zich (kunnen) laten omscholen tot zelfstandige professionals die integrale, vraaggerichte zorg leveren, hebben de beste kansen op de arbeidsmarkt. Niveaus 4 en 5 hebben op voorhand de beste papieren. In de jeugdzorg gaat het vooral om niveau 5, aangezien extramuraal alleen met HBO-ers wordt gewerkt.

De plannen voorzien naast extramuralisatie van de langdurige zorg in extra investeringen in wijkverpleegkundigen (€200 miljoen). De komende jaren zal een groot aantal verzorgenden/verpleegkundigen (die voorheen in de intramurale langdurige zorg of in een traditionele thuiszorgsetting werkten) in de integrale wijkgerichte zorg werkzaam zijn. In toenemende mate zal het daarbij gaan om zelfsturende buurtteams, waarin alle taken en verantwoordelijkheden binnen het team zelf liggen (analoog aan het concept van Buurtzorg Nederland). Voor werknemers betekent dit uitdagender werk, meer mogelijkheden voor zelfontplooiing en uiteindelijk meer arbeidsvreugde. Een indicatie hiervoor is het feit dat Buurtzorg Nederland in 2012 voor het tweede jaar op rij de Werkgevers Award van Effectory en VNU Vacature Media in de categorie meer dan 1000 medewerkers won.

Kansen voor burgers

Nederlandse burgers worden steeds ouder. Uit recente prognoses van het NIDI komt naar voren dat van de pasgeboren meisjesbaby's naar verwachting de helft 100 jaar of ouder wordt. Van de jongens kan één op de drie honderd worden.[2] Met de stijging van de levensverwachting stijgt ook het aantal jaren dat ouderen in relatieve gezondheid in hun eigen vertrouwde omgeving kunnen blijven wonen, eerst zonder en later indien nodig met thuiszorg. Niet alleen kunnen ouderen langer thuis blijven wonen, in overgrote meerderheid willen ze dat ook zo lang als mogelijk is. Met de verschuiving van intramurale naar extramurale langdurige zorg én de extra investeringen in wijkverpleegkundige zorg wordt tegemoet gekomen aan de voorkeur van ouderen voor zorg thuis. Evaluaties van (projecten in het kader van) het programma Zichtbare Schakel, Buurtzorg Nederland en vergelijkbare initiatieven tonen de tevredenheid van cliënten met en daarmee de meerwaarde aan van de integrale, wijkgerichte aanpak van de thuiszorg.

Kansen voor de samenleving als geheel

Tot slot, dient er op gewezen dat de stelselwijzigingen in de langdurige zorg en ondersteuning en de jeugdzorg bijdragen aan de betaalbaarheid van het Nederlandse zorgstelsel als geheel. Daarmee bieden de hervormingsplannen ook kansen voor de samenleving als geheel. Op dit moment staat met de betaalbaarheid van de zorg ook de solidariteit in de zorg onder druk. Onderzoek van het CPB laat zien dat het gebruik van zorg toeneemt onder alle bevolkingsgroepen, maar vooral bij mensen met een lagere opleiding. Tegelijkertijd dragen hoger opgeleiden, die minder vaak gebruik maken van de zorg, steeds meer bij aan de zorgkosten van anderen.[3] Hoewel het principe van solidariteit in de financiering van de zorg

[1] Artikel 'Sodexo gaat consumentenmarkt thuishulpop', OP: *zorgvisie.nl*, 18 september 2013; lekkerleven.nl.

[2] Artikel 'Een levensduur van meer dan honderd jaar: van uitzondering naar regel?', OP: *nidi.nl*, 25 september 2013.

[3] CPB (2013). CPB Policy Brief 2013/01. De prijs van gelijke zorg;

nog steeds op brede steun kan rekenen, zijn daar ook grenzen aan. Bij stijgende zorgkosten zal de bereidheid meer bij te dragen aan de zorgkosten van anderen afnemen.[1]

3.8 Kansrijke oplossingsrichtingen voor personeelsoverschotten

Veel aanbieders zullen te maken krijgen met personeelsoverschotten. In deze paragraaf komen een aantal perspectiefrijke oplossingsrichtingen aan bod om daar mee om te gaan. Zolang niet helder in kaart te brengen wat precies de arbeidsmarkteffecten zijn – bijvoorbeeld om welke functies het precies gaat en naar welke functies precies extra vraag ontstaat – is een meer gedetailleerde uitwerking weinig zinvol.

Verbreding zorg- en WJK opleidingen

Brede oriëntatiejaren/basisopleidingen in zorg en welzijn met als kop daarop een aantal differentiaties bevorderen de flexibiliteit en mobiliteit van werknemers in zorg en welzijn. Momenteel bestaat op mbo-niveau 2 al de opleiding Helpende Zorg en Welzijn, waarin studenten leren langdurige zorg en ondersteuning te geven aan verschillende soorten cliënten (bijvoorbeeld ouderen, kinderen, gehandicapten, daklozen of mensen met psychische problemen). Op mbo-niveau 3 en 4 is er de opleiding Medewerker Maatschappelijke Zorg, die zowel verpleegkundige als sociaal agogische elementen in zich herbergt. Te wijzen is verder op de vaststelling in november 2012 van het Expertisegebied wijkverpleegkundige, het nieuwe beroepsprofiel wijkverpleegkundige, dat is uitgewerkt door bij de beroepsorganisatie V&VN aangesloten wijkverpleegkundigen zelf. Dit profiel zal mede de basis vormen van toekomstige onderwijscurricula in mbo en hbo. [2]

Poolvorming en/of collegiale uitleen

In de zorgsector bestaat reeds een lange traditie van interne pools van werknemers. In 2013 is in Noord-Nederland ook een proef gestart met een pool voor maatschappelijk werkers gericht op zorgfuncties.[3] Daarnaast zijn er initiatieven op het gebied van collegiale uitleen. Er is ook een mix mogelijk van interne poolvorming en collegiale uitleen. Steunpunt in de Zorg heeft SAAMFLEX ontwikkeld. SAAMFLEX is het digitale portal voor mobiliteit en flexibiliteit van medewerkers in de zorg. Door SAAMFLEX kunnen aanbieders hun interne flexpools integreren over diverse zorglocaties en desgewenst ook met andere zorgorganisaties en vervolgens hun flexmedewerkers indien nodig/gewenst uitwisselen. Het biedt ook de mogelijkheid om medewerkers ervaring in andere branches in de zorg op te laten doen (bijv. gehandicaptenzorg, thuiszorg, ziekenhuis).[4]
Bij het gebruiken van pool-constructies bestaat wel een knelpunt rond BTW-afdracht; als de pool een apart organisatie is, maakt deze geen deel uit van de sector en is deze BTW-plichtig.

[1] SCP (2012). Meebetalen aan de zorg.

[2] V&VN (2012). *Expertisegebied wijkverpleegkundige.*

[3] In 2014 wordt deze uitgerold naar een pool met brede welzijnswerkers voor de zorg. In de proef worden eventuele knelpunten bij het opzetten van de pool geïnventariseerd en opgelost, en de poolconstructie verder uitgewerkt. Binnen deze activiteit wordt onderzocht/geëxperimenteerd met het soort functies waarin deze uitwisseling het best kan plaatsvinden en welke bijscholing gewenst is. Zie: fcb.nl/welzijn/sterker-op-de-arbeidsmarkt/mobiliteit-in-welzijn/innovatieve-projecten/groningen-drenthe.

[4] Op dit moment wordt SAAMFLEX geïntroduceerd bij zorgorganisaties. Met diverse zorgorganisaties zijn gesprekken gaande. Zie: zorgvoorinnoveren.nl/netwerk/innovatie/872/saamflex;

Intrasectorale mobiliteit (arbeidsmobiliteit tussen zorg- en welzijnsbranches)
De Loopbaanwinkel van de sociale partners in de branches welzijn, jeugdzorg en kinderopvang biedt verschillende persoonlijke begeleidingstrajecten aan waarmee werknemers hun kansen op de arbeidsmarkt kunnen vergroten. De persoonlijke begeleiding richt zich op loopbaanoriëntatie en van werk-naar-werk-trajecten, zowel in groepen als individueel. FCB stimuleert de trajecten met een financiële bijdrage voor werkgevers. Eind juni 2013 opende FCB ook het Loopbaanplein. Naast de Loopbaanwinkel zijn hier allerhande (gratis) diensten en producten te vinden, zoals het E-portfolio, vacaturetools en zelftesten op het gebied van arbeidsontwikkeling. Het Loopbaanplein is bedoeld voor werknemers en werkgevers in de WJK branches.[1]

Werkgevers in de zorgsector, welzijn, jeugdzorg en kinderopvang zijn in 2012 gestart met vijf experimentele projecten om de arbeidsmobiliteit van medewerkers te bevorderen. Doel van deze 'proeftuinen' is betere doorstroom tussen branches onderling en daardoor ook behoud van medewerkers binnen de sector. Met de proeftuinen wordt achterhaald welke randvoorwaarden nodig zijn en welke aanpak in de praktijk goed werkt. Elke proeftuin heeft een doorlooptijd van twee jaar en vindt plaats in een andere regio (Zeeland, Haaglanden, Amsterdam e.o, Groningen/Drenthe en Twente). De proeftuinen worden ondersteund door FCB en Regioplus, de organisatie waarin regionale werkgeversverbanden in Zorg en Welzijn samenwerken. De resultaten, kennis en ervaringen worden gedeeld met andere organisaties in de sector.[2]

Intersectorale mobiliteit (arbeidsmobiliteit naar sectoren buiten zorg en WJK)
PUUR Netwerken is een landelijk netwerk, waarin de deelnemers in coöperatie met elkaar werken aan arbeidsmobiliteit. De netwerken zijn fysieke en virtuele ontmoetingsplekken voor arbeidsmarktprofessionals en zijn een antwoord op krapte en ruimte op de arbeidsmarkt, het bouwen van flexibele organisaties en de ontwikkeling van organisaties. Op regionaal niveau zijn momenteel 15 regionale PUUR Netwerken, elk bestaande uit grote bedrijven, aanbieders en organisaties uit verschillende sectoren. In deze regionale netwerken worden vacatures, klussen, kandidaten en informatie uitgewisseld. Ook worden er gezamenlijke projecten uitgevoerd, zoals de Dag van de Mobiliteit en is er een gezamenlijk scholingsaanbod. Een voorbeeld is SAM Mokumweb in Amsterdam e.o., waarin naast verschillende zorginstellingen (verenigd in regionaal werkgeversverband SIGRA) onder meer, de Hogeschool van Amsterdam, het Kadaster, het UWV, de Dienst Justitiële Inrichtingen, Sodexo en Bouwinvest participeren.[3]

Van werk naar werk'-trajecten (VWNW)
Van werk naar werk trajecten zijn bedoeld voor met werkloosheid bedreigden en kunnen zowel intra- als intersectoraal van aard zijn. In 2011 en 2012 zijn met cofinanciering van het ministerie van SZW negen experimenten in verschillende sectoren uitgevoerd waarin is onderzocht in hoeverre bedrijven samen met de vakbond een directe rol kunnen spelen bij het van-werk-naar-werk begeleiden van werknemers. Een van de projecten is uitgevoerd door ZW Haaglan-

[1] Fcb.nl/loopbaanwinkel.nl.

[2] http://www.fcb.nl/welzijn/sterker-op-de-arbeidsmarkt/mobiliteit-in-welzijn/innovatieve-projecten

[3] Zie: puurnetwerken.nl; sigra.nl.

den.[1] Uit een evaluatie van CapGemini blijkt dat het project van ZW Haaglanden meer deelnemers heeft getrokken dan vooraf beoogd. Ook de (voorlopige) plaatsingresultaten waren hoopvol.[2] Belangrijke succesfactoren bij VWNW-trajecten zijn volgens CapGemini actieve betrokkenheid van de vakbond (die geeft vertrouwen door onzekerheid weg te nemen bij werknemers én werkgevers) en bestaande, goed lopende samenwerkingsverbanden (zoals sectorfondsen en regionale samenwerkingsverbanden).[3]

Uitgaande arbeidsmigratie naar tekortlanden

Australië heeft een tekort aan verplegend personeel dat Nederlands spreekt. De tienduizenden Nederlanders die in de jaren '50 naar de andere kant van de wereld trokken, leerden toen zo snel mogelijk Engels. Nu ze ouder worden, en soms dement, vergeten ze vaak de Engelse taal en vallen terug op het Nederlands. Dat leidt regelmatig tot problemen in de zorg. Als iemand niet begrepen wordt, is er veel eerder kans op agressie, frustratie en irritatie. Men is daarom op zoek naar Nederlandstalig verplegend personeel. Zo werkt bijvoorbeeld Huize Avondrust, een verpleegtehuis in Melbourne speciaal voor Nederlanders, met stagiairs uit Nederland.[4]

Dit is een kleinschalige oplossing – niet generiek inzetbaar. Het is echter een illustratie van waar 'out-of-the-box' denken toe kan leiden.

Verbreding functie overschotpersoneel met taken tekortpersoneel en/of integratie van werkzaamheden met die in andere branches

Hierbij gaat het om gecombineerde zorg/welzijnstaken en -activiteiten. Een voorbeeld is het project 'Gezonde Wijk Overvecht'. Dit betreft een brede samenwerking tussen Cumulus Welzijn, Indigo (eerstelijns GGZ), Stichting Overvecht Gezond! (geïntegreerde eerste lijn), zorgorganisatie Careyn, gemeente Utrecht en Achmea. In het kader van het project zijn welzijnsmedewerkers van Cumulus gestationeerd bij een huisartsenpost, waar zij direct worden aangestuurd door de huisartsen. Daarnaast zijn binnen het samenwerkingsverband competenties opgesteld waaraan alle zorg- én WJK-professionals moeten voldoen. Het gaat bijvoorbeeld om met een generalistische blik kijken en handelen, kijken naar de vraag achter de vraag, een lange adem hebben en verbindend zijn. Het project is succesvol, mede door de korte lijnen.[5]

[1] Boventallige werknemers van zorg- en welzijnsinstellingen in de regio Haaglanden werden met een re-integratie- of out-placementtraject naar ander werk begeleid. De begeleiding had tot doel dat de deelnemers de regie over hun loopbaan in eigen hand nemen. Doelstelling was 60 VWNW-trajecten met een duur van zes maanden en als fasen: 1) oriëntatie, 2) loopbaanpad en 3) marktbewerking te realiseren. Bedoeling was uiteindelijk 30 deelnemers te herplaatsen in een baan passend bij hun wensen en mogelijkheden; dit bij voorkeur in de zorg. Daarnaast moest het project alle deelnemende werknemers een reëel beeld geven van hun mogelijkheden op de arbeidsmarkt.

[2] Van de in totaal 79 trajecten waren er in september 2012 57 afgerond, 12 trajecten liepen nog en van 10 trajecten was de status onbekend. Tot dan toe hadden 28 transities van werk-naar-werk plaatsgevonden (waarvan overigens ruim de helft plaatsingen bij de oude werkgever betrof).

[3] CapGemini Consulting (2012). *Evaluatie Experiment Van Werk Naar Werk. Eindrapportage december 2012.*

[4] Artikel 'Australië zoekt Nederlandstalige verplegers', OP: *zorgvisie.nl*, 14 augustus. Overigens dient dit als voorbeeld gezien te worden; de vraag vanuit Australië is erg beperkt in verhouding tot de komende dynamiek op de arbeidsmarkt Zorg en Welzijn.

[5] Artikel 'Zorg en welzijn, kansen voor de arbeidsmarkt', OP: *fcb.nl*, 3 juli 2012.

4 Visie respondenten branche Gehandicaptenzorg

Dit hoofdstuk bevat specifieke onderzoeksresultaten voor de branche Gehandicaptenzorg. De resultaten zijn gebaseerd op gesprekken met betrokken partijen en op publicaties. Aanbieders in de branche vormen de belangrijkste bron van informatie. Omdat met een beperkt aantal aanbieders gesproken is, is het beeld mogelijk niet representatief. Vanwege de grote verschillen tussen aanbieders, zal ook niet iedere aanbieder zich erin herkennen. In het hoofdstuk is achtereenvolgen aandacht voor:
1. Algemene introductie van de branche
2. Meest ingrijpende maatregelen
3. Verwachtingen van het gemeentelijk beleid
4. Verwachte verandering in de vraag naar diensten
5. Wijze van voorbereiding en samenwerking
6. Concurrentie
7. Effecten voor werknemers
8. Effecten voor instellingen en de branche.

4.1 Introductie van de branche

De gehandicaptenzorg (GHZ, ook wel langdurige zorg en ondersteuning/begeleiding voor mensen met beperkingen genoemd) is de overkoepelende term voor alle organisaties, diensten en instellingen binnen de gezondheidszorg die als missie de zorg-, hulp- en dienstverlening aan de genoemde doelgroep hebben. Langdurige zorg en ondersteuning kan levenslang en levensbreed nodig zijn. Er is daarom een gevarieerd aanbod van zorg, gericht op wonen (in een instelling dan wel zelfstandig thuis), arbeidsmatige dagbesteding, werkvoorzieningen en ambulante zorg.

Het zorgaanbod

Een eerste onderscheid in (cliënten van) de GHZ is in de huidige situatie die naar soort beperking (vaak is sprake van een combinatie van beperkingen):
- lichamelijke beperking (LG)
- verstandelijke beperking (VG)
- licht verstandelijke beperking ((SG)LVG)
- zintuiglijke beperking: visueel (blind/slechtziend) of auditief (doof/slechthorend)

Een tweede onderscheid is extramurale versus intramurale gehandicaptenzorg. Extramurale zorg is de langdurige zorg en ondersteuning die professionals bieden aan mensen die thuis wonen. Intramurale zorg is langdurige zorg en ondersteuning in de instelling zelf.

De intramurale GHZ levert woonzorg (inclusief verpleging, verzorging, behandeling en begeleiding) vanuit de ZZP's 1 t/m 8. Er zijn verschillende woonvormen mogelijk:
- wonen in een zelfstandig appartement
- wonen in een trainingshuis
- wonen in een groepswoning
- wonen in een gezinshuis
- wonen op een terrein

Een bijzondere vorm is verblijf in een (specialistisch) behandelcentrum.[1]

De producten/diensten van de extramurale GHZ zijn verpleging, verzorging, begeleiding individueel en begeleiding groep. Daaronder vallen ook ambulante ondersteuning, arbeidsmatige dagbesteding, logeeropvang en vervoer. De langdurige zorg en ondersteuning wordt verleend bij cliënten die bij hun ouders of zelfstandig wonen, al dan niet in woningen die specifiek voor deze groep geclusterd en ingericht zijn.

Werkgelegenheid
De (ontwikkeling van de) werkgelegenheid in de branche GHZ is als volgt beknopt te beschrijven:
- De omvang van de werkgelegenheid in de GHZ is in 2012 zo'n 120.000 FTE.
- Het aandeel van de branche GHZ in de werkgelegenheid in de totale sector zorg en WJK bedraagt in 2012 ruim 13 procent (in FTE).
- De jaarlijkse groei van het aantal FTE's in de gehandicaptenzorg ligt in de periode 2009 tot en met 2012 tussen de 1,4 en 4,3 procent.
- In vergelijking tot andere branches is de gemiddelde leeftijd van de werknemers laag. Het aandeel 55-plussers neemt wel sterk toe.[2]

4.2 Meest ingrijpende maatregelen

Verreweg de meeste gehandicaptenzorginstellingen bieden zowel intramurale als extramurale zorg aan. Om de effecten van de maatregelen inzichtelijk te maken zijn deze apart voor de intra- en extramuraal in beeld gebracht. De verhouding tussen intra en extramurale zorg kan per instelling sterk verschillen.

Extramuraal
De aanbieders van extramurale zorg verwachten dat de overheveling van begeleiding en dagbesteding van de AWBZ naar de Wmo en de korting op de Wmo, de meest ingrijpende maatregelen voor hun branche zullen zijn. Dit geldt ook voor de aanbieders van intramurale gehandicaptenzorg (voor zover de omzet voor een groot deel afhankelijk is van hun extramurale zorgaanbod). De reden hiervoor is dat de bezuiniging die gepaard gaat met het overgaan van de extramurale AWBZ-onderdelen naar de Wmo veel groter is dan de bezuinigingen in de LIZ. Ook krijgt elke instelling te maken met meerdere afzonderlijke gemeentelijke opdrachtgevers voor de extramurale dienstverlening, in plaats van met één zorgkantoor.
Daarnaast zijn de bezuinigingen op vervoer van en naar dagbestedingsactiviteiten voor sommige instellingen van aanzienlijke invloed op de bedrijfsvoering.

Intramuraal
Voor intramurale aanbieders met weinig extramuraal aanbod is de belangrijkste verandering de beperking van de LIZ en de tarieven. Hoewel de inperking bij intramurale zorg (LIZ) percentueel minder groot is dan de bezuinigingen in andere subsectoren, gaat het om een aanzienlijk

[1] Een voorbeeld zijn de Orthopedagogische Behandelcentra (OBC) voor jongeren met een licht verstandelijke beperking. Deze jongeren kunnen hier niet hun hele leven wonen, maar ontvangen gedurende een periode van 1 à 2 jaar behandeling en begeleiding met als doel om na die tijd een zo zelfstandig mogelijk leven te leiden. Andere voorbeelden zijn de kindercentra en expertise centra NAH en ZG.

[2] Bron: Panteia, Seor en Etil op basis van SSB, PGGM.

bedrag op het totaalbudget van de instellingen. Intramurale instellingen die ambulante begeleiding en dagbesteding aanbieden, krijgen daarnaast te maken met inkoop- en aanbestedingsprocedures zonder zekerheid van een langdurige financieringsrelatie.

Belangrijkste effecten

De budgetkortingen gaan ten koste van huisvesting en arbeidsplaatsen, met gevolgen voor de invulling van het aanbod, dat voor cliënten mogelijk schraler en minder divers wordt.

4.3 Verwachtingen omtrent gemeentelijk beleid

Gemeentelijk beleid onzeker en verschillen tussen gemeenten zijn groot

De aanbieders zitten bij gemeenten aan tafel om de aankomende veranderingen te bespreken. Desondanks is meestal nog onduidelijk welke richting gemeenten zullen kiezen. Gemeenten variëren in de mate van voorbereiding op het inrichten van de nieuwe taken. Daarnaast verwachten aanbieders grote verschillen in beleid, ook tussen gemeenten die op hoofdlijnen dezelfde aanpak kiezen. Bijvoorbeeld hoeveel taken het wijkteam zelf uitvoert en wanneer wordt doorverwezen naar de tweede lijn. De onduidelijkheid en verschillen tussen gemeenten maken het lastig voor instellingen om te voorzien welke typen dienstverlening zullen toe- en afnemen en om de maatregelen verder te concretiseren.

Budget

Hoewel de aanbieders verwachten dat gemeenten het budget voor de nieuwe taken ook wel hieraan zullen besteden, wordt verwacht dat er zo'n 5-10 procent[1] van het budget naar de eigen organisatie van de gemeente en dus niet naar de aanbieders van gehandicaptenzorg zal gaan.

Aanpak

Aanbieders signaleren dat gemeenten overwegend de zorg integraal en op wijkniveau willen vormgeven. Wat betreft de focus op doelgroepen vreest men dat gemeenten – over verschillende branches heen - vooral zullen inzetten op doelgroepen die overlast geven (bv. LVB-jongeren, dak- en thuislozen).

4.4 Verwachte veranderingen in vraag naar diensten

Extramuraal

Men vreest een daling van de tarieven en afname van de vraag naar begeleiding en dagbesteding. Het aanbod moet tevens op een andere manier worden vormgegeven omdat gemeenten dagbesteding integraal en wijkgericht willen organiseren. Sommige aanbieders zoeken daarvoor al samenwerking met kernaanbieders binnen de gemeenten in hun werkgebied, maar deze samenwerking moet nog nader vorm krijgen.

Intramuraal

Intramuraal verwacht men een beperking van de nieuwe instroom in combinatie met een gemiddeld zwaardere cliëntengroep door aangescherpte indicatie en gedeeltelijke overheveling van ZZP3 naar de Wmo (extramuraal).

[1] In de expertmeetings zijn overigens ook hogere percentages van tussen de 10 en 20 procent genoemd.

Voor intramurale aanbieders zijn er mogelijkheden om verder te specialiseren in de zwaardere (ZZP-)doelgroepen, terwijl men tegelijkertijd bezig is met innovaties om passend aanbod in de wijkaanpak te bieden. Men ziet ook mogelijkheden voor (nieuwe) diensten voor het te extramuraliseren deel van ZZP3. Dit is voor gemeenten een nieuwe doelgroep, met een veel complexere zorgvraag dan de huidige extramurale cliënten. Gemeenten missen waarschijnlijk de expertise daarvoor. Huidige aanbieders kunnen de gemeenten bijstaan met hun expertise en – eventueel aangepast - aanbod.

4.5 Wijze van voorbereiding en samenwerking

Personeelsbeleid, nieuw aanbod en vastgoed

Aanbieders verschillen in de voorbereidingen die zij treffen. Wel treffen zij allemaal (zowel aanbieders van alleen extra- als ook intramurale zorg) voorbereidingen door geen vaste aanstellingen meer te bieden, een flexibele schil te creëren van medewerkers met tijdelijke contracten en op cao-niveau meer flexibiliteit te creëren door andersoortige dienstverbanden. Verder is te zien dat instellingen proberen efficiënter te werken, breder inzetbaar te zijn en in gesprek te gaan met gemeenten. Sommige instellingen zijn momenteel al bezig met een reorganisatie om de organisatie efficiënter in te richten. De reorganisaties zijn enerzijds gericht op verminderen van overheadkosten en anderzijds ter voorbereiding van de functies benodigd voor meer cliënt- en wijkgericht werken.

Andere concrete maatregelen die instellingen noemen zijn:

- Vacaturestop
- Aanbod verbreden, uitbreiden diensten en doelgroepen – vooral in aansluiting op wijkgerichte aanpak;
- Het inzetten van opleiding en training om medewerkers breder inzetbaar, generalistischer en/of meer doelgericht of specialistisch te maken;
- Reorganisatie en nieuw functiehuis: "van zorgen voor, naar zorgen dat…" ;
- Het vervangen van managers door 'meewerkende teamleiders';
- Efficiënter inroosteren;
- Een uitbreiding van het aantal vrijwilligers.
- Vastgoed afstoten: een vermindering van kantoorpanden door 'het nieuwe werken' en het sluiten van ongunstig gelegen dagbestedingslocaties.
- Nieuwe locaties openen, om zorg dicht bij huis te realiseren en vervoerskosten terug te dringen;
- Meer digitalisering en inzet van ICT.

Aanbieders zetten daarnaast nog specifiek in op gerichte en actieve marketing richting gemeenten en investeren in acquisitie door bijvoorbeeld deelname in pilots en experimenten.

Samenwerking met andere aanbieders en gemeenten

Voor gespecialiseerde extramurale aanbieders is onderaanneming één van de mogelijkheden voor de toekomst. Brede aanbieders zijn minder gericht op samenwerking.

Intramurale instellingen zien, behalve dreiging van de bezuinigingen, ook kansen om te groeien en nieuwe diensten te ontwikkelen en aan te bieden, bijvoorbeeld in samenwerking met gemeenten en andere partijen. De intramurale instellingen werken nu vaak in regionaal verband samen met andere partijen. Deze samenwerking loopt het best als het doel is de cliënt de beste plaatsing en zorg te bieden. Sommige instellingen werken daarnaast strategisch samen, bijvoorbeeld bij het ontwikkelen van nieuw aanbod. Dit wordt enigszins be-

perkt doordat men tegelijkertijd elkaar ook als concurrent tegenkomt. Sommige gemeenten of regio's faciliteren de samenwerking beter dan andere, dat maakt een verschil.

4.6 Concurrentie

Extramuraal

Sommige aanbieders verwachten voor het extramurale aanbod een toenemende (dreiging van) concurrentie van welzijnsorganisaties en bedrijven gericht op huishoudelijke hulp en persoonlijke verzorging. Ook zzp'ers kunnen goedkope diensten leveren omdat ze nauwelijks overheadkosten hebben. Men vreest dat eenzijdige focus op goedkope dienstverlening ten koste kan gaan van efficiëntie- en kwaliteitsverbetering bij het leveren van geïntegreerde zorg: een niveau 1 huishoudelijke hulp is goedkoop maar kan de hulp niet combineren met andere vormen van zorg.

Intramuraal

Intramurale GHZ-instellingen verschillen in het werkgebied dat zij beslaan, van één of enkele gemeenten tot een regionaal of zelfs een landelijk aanbod. De concurrentie komt vooral van soortgelijke intramurale instellingen op zoek naar uitbreiding in nieuwe gebieden.

4.7 Effecten voor werknemers

Functieniveaus waar meer/minder vraag naar is

Naar verwachting komt de krimp in werkgelegenheid bij intramurale instellingen vooral terecht bij lager opgeleid personeel, omdat deze mensen vooral werken met de lagere ZZP indicaties (ZZP1-3 en deels 4). De verwachting is dat gemeenten vooral bij deze lagere ZZP-indicaties een efficiëntieslag en lagere tarieven willen bewerkstelligen. Enkele intramurale aanbieders vrezen dat zij sommige diensten die zij nu nog voor deze doelgroepen aanbieden mogelijk niet zo goedkoop kunnen aanbieden als nieuwe aanbieders (zonder intramurale historie en al langer lopende arbeidscontracten).

Extramuraal voorziet de één meer functiedifferentiatie, waarbij zoveel mogelijk taken juist door goedkopere medewerkers (niveau 1 of 2) worden uitgevoerd. Bij anderen neemt de behoefte aan generalisten toe (sterker beroep op organiserend vermogen en sociale vaardigheden). Een organisatie die zowel ambulante zorg als dagbesteding biedt, verwacht vooral effecten op de functies op niveau MBO4 en HBO (in ambulante diensten). De aanbieders verwachten ook effecten op de werkgelegenheid in ondersteunende diensten.

Veranderingen in inhoud van het werk

In de wijk werken vergt een totale omslag ('mind shift') van medewerkers in de extramurale uitvoering: werken op afstand, meer eigen verantwoordelijkheid, zelf keuzes maken, integraal denken, een brede blik, 'zorgen dat ipv zorgen voor', de cliënt activeren om in te zetten op eigen kracht, netwerk rond de cliënt activeren, regie voeren met de cliënt, het proces begeleiden en organiseren etc. Medewerkers hebben hiervoor andere vaardigheden nodig. De instellingen zetten daarop in met omscholing. De benodigde vaardigheden zullen doorgaans aanwezig zijn binnen de instellingen. Vanwege de samenhang met een hoger opleidingsniveau is dit echter niet voor alle medewerkers weggelegd.
Ook van intramurale medewerkers wordt veel meer flexibiliteit verwacht, ten aanzien van multi-inzetbaarheid en werken op locatie (waar en wanneer dat voor de cliënt nodig is). Daarnaast wordt meer deskundigheid vereist van medewerkers om te kunnen omgaan met de zwaardere problematiek waar de professionele zorg mee te maken zal krijgen.

Commerciële ontwikkeling van stafmedewerkers is nodig: vaardigheden om contracten op te stellen en opdrachten te acquireren, proactieve opstelling en kansen in de markt zien.

Veranderingen in arbeidsvoorwaarden

De werkdruk is toegenomen en de lonen zullen minder snel stijgen. Vaste aanstellingen worden vrijwel niet meer gegeven, steeds meer werknemers hebben een tijdelijk contract en maken onderdeel uit van een flexibele schil. De werkzekerheid – en zeker het gevoel van werkzekerheid - is afgenomen.

4.8 Effecten op de instellingen en de branche

Effecten voor arbeidsmarkt, verlies van personeel

Het omzetverlies zal leiden tot gedwongen ontslagen, ondanks het werken met een flexibele schil. Instellingen vinden het doorgaans lastig om de gevolgen te kwantificeren. Eén organisatie geeft aan dat zo'n 400 tot 450 banen op de tocht staan op een personeelsbestand van circa 2.500 vaste medewerkers en 1.000 medewerkers op oproepbasis (voor zowel intramurale als extramurale zorg). Het gaat daarbij vooral om uitvoerende functies in ambulante zorg en/of dagbesteding.

Grotere organisaties, met zowel intra- als extramurale diensten, hebben naar verwachting meer mogelijkheden om te schuiven met personeel. De instellingen proberen zo veel mogelijk vacatures intern te vervullen en intern te schuiven. Echter ook de intramurale zorg wordt ingeperkt; beleidsmatig vindt een verschuiving plaats van intra- naar extramuraal met tegelijkertijd bezuinigingen. Dat laat weinig ruimte. Overname van personeel door de instelling die een aanbesteding wint wordt sterk afhankelijk geacht van de mate waarin daarover bindende afspraken tussen de gemeente en de inschrijvers zijn gemaakt.

Verschuivingen tussen branches

Voor instellingen is het nu, dankzij de economische crisis, de bezuinigingen en vacaturestops elders, makkelijker om vacatures te vervullen. Een probleem is wel dat werknemers de juiste opleiding en competenties moeten hebben. Instellingen hebben altijd veel geïnvesteerd in scholing en training van personeel. Nu is dat nog harder nodig, omdat nieuwe competenties vereist zijn op het gebied van ambulante zorg en in mindere mate bij de intramurale zorg. Sommige instellingen zijn echter huiverig om te investeren in medewerkers die vanwege gebrek aan banen in andere sectoren in een GHZ-instelling zijn gaan werken. De vrees is dat het niet loont om in deze medewerkers te investeren aangezien die snel weer weg zullen trekken uit de zorg wanneer de economie aantrekt.

Op de langere termijn verwacht men voor het intramurale deel van de gehandicaptenzorg geen grote verandering in het aantal arbeidsplaatsen op brancheniveau. Werknemers die men vanwege de maatregelen moet ontslaan, komen vanwege bezuinigingen in de gehele zorgsector waarschijnlijk niet makkelijk elders in de sector aan het werk en zullen grotendeels uit de zorg stromen, onduidelijk is waarheen. Maar binnen een aantal jaren is het personeel waarschijnlijk weer hard nodig in de zorg. Wanneer de economie aantrekt en tegelijkertijd over een jaar of 5 veel oudere werknemers met pensioen gaan (over een periode van 15 jaar) kunnen er snel oplopende personeelstekorten ontstaan.

Imago van de branche

De aanbieders van extramurale gehandicaptenzorg hebben nog geen concreet beeld van wat de veranderingen zullen betekenen voor het imago van het werken in de branche. Ze zien een

aantal ontwikkelingen dat van invloed kan zijn: branchevervaging en daarmee samenhangend een vermenging van imago's, minder baanzekerheid, het ontstaan van kwalitatief hogere werkgelegenheid met een sterk beroep op organiserend vermogen en sociale vaardigheden, het ontstaan van meer dynamiek in het werk, hard moeten werken in de zorg en beperking van de tijd die zorgverleners hebben voor aandacht voor cliënten.

Volgens intramurale aanbieders heeft de GHZ-sector een relatief ongunstig werkgeversimago. Het imago van ziekenhuizen als werkgevers is naar verhouding beter. Door negatieve publiciteit over bezuinigingen, ontslagen en werkdruk in de zorgsector vreest men dat minder jongeren kiezen voor een zorgopleiding. Anderzijds wordt het werk interessanter omdat medewerkers meer verantwoordelijkheid krijgen. Dat kan hoger opgeleide medewerkers meer uitdaging geven en boeien, zodat de sector aantrekkelijker wordt. Van medewerkers die alleen willen verzorgen, en die niet toegerust zijn om zorg te bieden voor cliënten met een complexe zorgbehoefte, zijn er straks minder nodig in de sector. Het zal afhangen van gemeentelijk beleid of deze medewerkers wellicht aan de slag kunnen in de eerste lijn of dat zij zijn aangewezen op het vinden van werk in de particuliere sector of een andere sector dan de zorg.

Huisvesting

Instellingen hebben te maken met onrendabele locaties en zelfs sluiting van locaties door het wegvallen van extramurale cliënten. Het gaat bijvoorbeeld om voor de Wmo ongunstig gelegen dagbestedingslocaties, waarvoor weinig alternatieve bestemmingen mogelijk zijn. Het is niet makkelijk om huisvesting af te stoten, meestal zijn alleen de woningbouwcorporaties geïnteresseerd in dit type locaties en die zijn nu weinig bereid tot kopen. Ook komen er veel soortgelijke locaties zoals verpleeghuizen op de markt, dus de aanbodmarkt is niet gunstig. Een en ander heeft negatieve consequenties voor de frictiekosten.

Soms wordt een nieuwe dagbestedingslocatie geopend, dichterbij de cliënten. Een nieuwe ontwikkeling zijn multifunctionele centra, met extramurale zorgaanbieders voor verschillende doelgroepen onder één dak.

5 Visie respondenten branche Verpleging, Verzorging en Thuiszorg

In dit hoofdstuk behandelen we de gehele branche verpleging, verzorging en thuiszorg, waarbij aandacht is voor het onderscheid tussen de intramurale zorg en de extramurale zorg. De resultaten zijn gebaseerd op gesprekken met betrokken partijen en op publicaties. Aanbieders in de branche vormen de belangrijkste bron van informatie. Omdat met een beperkt aantal aanbieders gesproken is, is het beeld mogelijk niet representatief. Vanwege de grote verschillen tussen aanbieders, zal ook niet iedere aanbieder zich erin herkennen. In het hoofdstuk is achtereenvolgen aandacht voor:

1 Algemene introductie van de branche
2 Meest ingrijpende maatregelen
3 Verwachtingen van het gemeentelijk beleid
4 Verwachte verandering in de vraag naar diensten
5 Wijze van voorbereiding en samenwerking
6 Concurrentie
7 Effecten voor werknemers
8 Effecten voor instellingen en de branche.

5.1 Introductie van de branche

De branche bestaat enerzijds uit intramurale voorzieningen (verzorgingshuizen en verpleeghuizen) en anderzijds uit extramurale zorg: verpleging en verzorging die thuis wordt geleverd. Instellingen in deze sector leveren daarnaast ook vaak huishoudelijke hulp. De meeste instellingen leveren zowel intramurale zorg als thuiszorg of alleen thuiszorg, beide soms in combinatie met huishoudelijk hulp.

Intramuraal: Verpleeg en verzorgingshuiszorg (V&V)

Intramurale V&V is langdurige zorg voor mensen met een somatische of psychogeriatrische aandoening die binnen een zorginstelling wordt geleverd.

Wie vanwege ouderdom of een beperking niet langer zelfstandig kan wonen, kan terecht in een verpleeghuis of verzorgingshuis. Verzorgingshuizen bieden verblijf met samenhangende zorg, in een therapeutische omgeving en/of onder permanent toezicht. In een verpleeghuis is sprake van verblijf met behandeling. De instelling levert een integraal aanbod, dat bestaat uit onder andere medische zorg van algemene aard en psychiatrische zorg, farmaceutische zorg, hulpmiddelen, tandheelkundige zorg en rolstoelen.

In de verpleeghuizen en verzorgingshuizen wordt de volgende zorg geleverd:

- Verpleeghuizen: woonzorg (verpleging, verzorging, behandeling en begeleiding) vanuit de ZZP's 1 t/m 10 VV, maar vooral vanaf ZZP 5.
- Verzorgingshuizen: woonzorg (verpleging, verzorging, behandeling en begeleiding) vanuit de ZZP's 1 t/m 10 VV, maar vooral de lagere ZZP's.

Extramuraal: Thuiszorg

Met de term 'thuiszorg' doelen we op de zorg door thuiszorginstellingen en de extramurale zorg vanuit de sector V&V, inclusief huishoudelijke verzorging.

Onder thuiszorg zijn aldus de volgende zorgfuncties geschaard:
- Individuele begeleiding
- Begeleiding groep/dagbesteding, inclusief vervoer
- Dagbehandeling, inclusief vervoer
- Kort verblijf/logeeropvang
- Persoonlijke verzorging
- Verpleging
- Huishoudelijke verzorging

Van deze zorgfuncties valt alleen de huishoudelijke verzorging niet onder de AWBZ; deze wordt gefinancierd vanuit de Wmo. Er zijn drie vormen van huishoudelijke verzorging onderscheiden:
- Huishoudelijke werkzaamheden (HH1)
- Organisatie van het huishouden (HH2)
- Hulp bij ontregelde huishouding (HH3)

Werkgelegenheid
De (ontwikkeling van de) werkgelegenheid in de branche V&V is als volgt beknopt te beschrijven:
- De omvang van de werkgelegenheid in de V&V is in 2012 zo'n 174.000 FTE.
- Het aandeel van de V&V in de werkgelegenheid in de totale sector zorg en WJK bedraagt in 2012 ruim 19 procent (in FTE).
- De jaarlijkse groei van het aantal FTE's in de V&V ligt in de periode 2009 tot en met 2012 tussen de -0,4 en 4,9 procent.
- In vergelijking tot andere branches is de gemiddelde leeftijd van de werknemers hoog. Het aandeel 55-plussers neemt sterk toe.[1]

De (ontwikkeling van de) werkgelegenheid in de thuiszorg is als volgt beknopt te beschrijven:
- De omvang van de werkgelegenheid in de thuiszorg is in 2012 zo'n 88.000 FTE.
- Het aandeel van de branche in de werkgelegenheid in de totale sector zorg en WJK bedraagt in 2012 bijna 10 procent (in FTE).
- De jaarlijkse groei van het aantal FTE's ligt in de periode 2009 tot en met 2012 tussen de -5,6 en 4,5 procent.
- In vergelijking tot andere branches is de gemiddelde leeftijd van de werknemers laag. Het aandeel 55-plussers neemt wel sterk toe.[2]

5.2 Meest ingrijpende maatregelen

Als meest ingrijpende maatregelen voor de VVT-instellingen worden door de respondenten genoemd:
- Het extramuraliseren van de zorg vanuit de ZZP's 1, 2 & 3 en een deel van ZZP 4[3]. Dit heeft tot doel mensen zolang mogelijk in hun eigen omgeving te laten wonen en zorg aan huis te leveren. Hiermee worden wonen en zorg gescheiden voor de nieuw geïndiceerde cliënten. Dit heeft gevolgen voor de huisvesting van de instellingen. Op termijn krijgen zij te maken met leegstand. Tegelijkertijd veranderen de intramurale diensten in extra-

[1] Bron: Panteia, Seor en Etil op basis van SSB, PGGM.

[2] Bron: Panteia, Seor en Etil op basis van SSB, PGGM.

[3] In 2017 wordt ZZP 4 voor 50 procent geëxtramuraliseerd. Deze patiënten verdwijnen niet, maar blijven thuis.

murale diensten. Dit brengt veranderingen met zich mee voor de invulling van de functies in de branche.

- De korting van 40% op het budget voor de huishoudelijke hulp. De diensten huishoudelijke hulp komen hiermee voor een deel te vervallen, met als gevolg banenverlies aan de onderkant van de arbeidsmarkt.
- De overheveling van diensten van de AWBZ naar de Wmo: extramurale dagbesteding komt te vallen onder de Wmo, evenals een deel van de persoonlijke verzorging. Deze overheveling gaat gepaard met een tariefkorting van 25 % respectievelijk 15 %.
- Extramurale verpleging wordt overgeheveld van de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet.

Instellingen krijgen door deze veranderingen te maken met meerdere budgetstromen en meerdere partijen ten aanzien van indicering en toekenning van budget.

Volgens ActiZ hebben de maatregelen nu al effect op het inkoopbeleid van zorgverzekeraars, zorgkantoren en gemeenten. Dat merken zorgaanbieders in de verpleeg- en verzorgingshuizen en in de thuiszorg nu zij zich moeten voorbereiden op de inkoop voor 2014. Zorgorganisaties verwachten zelfs in 2014 al gemiddeld 30 procent minder cliënten, een enorme druk op verlaging van de tarieven en daarmee minstens 14 procent lagere omzet, zo blijkt uit een impactanalyse die ActiZ en PwC in juni 2013 uitvoerden onder de leden van ActiZ. Naast de bezuinigingen die het kabinet voorstaat, zorgt beleid van gemeenten en verzekeraars volgens de respondenten voor extra bezuinigingen in de zorg. Dat komt mede doordat gemeenten nog niet kunnen aangeven wat hun inkoopbeleid zal zijn voor de komende periode. Daarnaast merken aanbieders dat verzekeraars reeds op heel korte termijn ingrijpende wijzigingen in hun inkoopbeleid willen doorvoeren. Zorgorganisaties weten daardoor vaak niet waar zij aan toe zijn. Dat kan leiden tot overhaaste besluiten om personeel te ontslaan en verzorgingshuizen te sluiten. Zo verwachten de organisaties op dit moment dat ruim 80.000 mensen hun (veelal parttime) baan zullen verliezen. Daarnaast ontstaat leegstand in verzorgingshuizen omdat zorgkantoren, sneller dan het voorgenomen kabinetsbeleid, minder zorg inkopen voor mensen met een lage zorgzwaarte. Zorgorganisaties zien zich genoodzaakt verzorgingshuizen te sluiten.[1]

5.3 Verwachtingen omtrent gemeentelijk beleid

Het is voor de geïnterviewde VVT-instellingen nog onduidelijk wat de plannen zijn van gemeenten, bijvoorbeeld hoeveel zij daadwerkelijk gaan bezuinigingen op de huishoudelijke hulp, hoe de aanbestedingsprocedures gaan verlopen en hoe de gemeente de kwaliteit van zorg gaat beoordelen.

Nog niet in alle regio’s zijn de gemeenten en de instellingen al met elkaar in gesprek. Er zijn gemeenten die pro-actief te werk gaan en met de instellingen aan tafel zitten. Daar waar de gemeenten nog erg afwachtend zijn nemen de instellingen zelf het initiatief om met elkaar in gesprek te gaan.

De instellingen verwachten dat gemeenten kiezen voor openbare aanbestedingsprocedures en dat de laagste prijs hierbij een belangrijk criterium is. Dit geeft ruimte voor nieuwe toetreders op de markt en daardoor komen de tarieven verder onder druk te staan. Om deze reden hebben enkele gecombineerde instellingen zich al teruggetrokken uit de markt voor huishoudelijke hulp en overwegen ook enkele thuiszorgorganisaties dit. Een punt van zorg is dat de focus op prijs een enorme impact zal hebben op de kwaliteit van zorg.

[1] PWC (2013). *Impactanalyse zorgakkoord toont fundamentele transitieopgave langdurige zorg en noodzaak regieafspraken.*

Het werkgebied van instellingen overstijgt vaak het gebied van (samenwerkende) gemeenten. Doordat instellingen met meer gemeenten te maken krijgen, is meer overleg/overhead nodig.

De kleinere lokale partijen denken hun voordeel te kunnen behalen met de huidige bewezen kwaliteit en contacten bij de gemeenten en zien geen potentieel gevaar in nieuwe toetreders (want die beschikken niet in één keer over de benodigde expertise), en ook niet van grote landelijke partijen omdat deze niets méér kunnen bieden. Wel realiseren ze zich dat de kosten onder druk staan en dat het werk zo efficiënt mogelijk moet worden uitgevoerd.
De kleinere thuiszorgorganisaties denken veel baat te hebben bij hun flexibiliteit, hun focus op kwaliteit (die wordt vertaald in een hoog cliënttevredenheidscijfer) en hun commerciële attitude.

5.4 Verwachte veranderingen in vraag naar diensten

De beperking van de AWBZ betekent dat er voor de ZZP's 1, 2 & 3 geen indicaties meer worden afgegeven. Daardoor neemt de vraag naar diensten zoals nu door de instellingen wordt geleverd af. Dit heeft vooral gevolgen voor het personeel en de huisvesting van verzorgingshuizen en thuiszorgorganisaties die zorg bieden voor cliënten met een ZZP 1 & 2 indicatie.
In hoeverre instellingen het leveren van de huidige zorg kunnen voortzetten zoals het nu plaatsvindt, is sterk afhankelijk van de eigen bijdrage die cliënten kunnen dragen of hoe men PGB's gaat inzetten.

Als er minder mensen in instellingen wonen of als wonen en zorg zijn gescheiden zal de vraag naar ondersteunende diensten afnemen. Het gaat dan bijvoorbeeld om een wasservice of maaltijden. Dit kan worden overgenomen door het informele netwerk of anders worden georganiseerd door cliënten. Mogelijk worden deze diensten door marktpartijen collectief (extramuraal) aangeboden. De extramuralisering zal een opwaartse druk op de hoeveelheid te verlenen thuiszorg zetten.

Door de vergrijzing neemt de groep cliënten met een ZZP 4 indicatie of hoger toe. Ook verwacht men dat er bij de indicatieaanvragen aangestuurd gaat worden op ZZP4-indicaties of hoger. Voor de verpleeghuiszorg (zorg met behandeling) verwacht men minder afbreuk, dit blijft grotendeels in stand. De instellingen die zorg bieden aan ZZP 4 en hoger, zien daarom nog niet direct grote gevolgen voor de aan te bieden diensten en het aantal arbeidsplaatsen.

5.5 Wijze van voorbereiding en samenwerking

Combi V&V-huizen en thuiszorg

Personeelsbeleid
Aangezien er nog veel onduidelijkheid bestaat over de maatregelen die zorgkantoren en gemeenten nemen, is het moeilijk voor de instellingen zich voor te bereiden op de toekomst. Zo weten instellingen op dit moment nog niet of zij meer specialistisch of juist meer breed inzetbaar personeel moeten aannemen en/of opleiden. Sommige instellingen zetten in op het flexibeler maken van het personeelsbestand, maar niet iedereen vindt dit een wenselijke oplossing. Het belang van opleiding en training wordt door iedereen gezien, maar het wordt niet gezien als het antwoord om ontslagen te voorkomen. In sommige maar lang niet alle gevallen is het mogelijk om mensen op te leiden tot een hoger niveau.

Integrale diensten en samenwerking

Instellingen die gecombineerde zorg leveren proberen zich op de kaart te zetten als geïntegreerde zorgverlener bij de gemeente. Een andere mogelijkheid is hun markt te verbreden door bijvoorbeeld ook cliënten uit de GGZ of de gehandicaptenzorg op te nemen. Ook zien instellingen mogelijkheden om zich meer te richten op de revalidatiezorg. Ten slotte worden ook mogelijkheden gezien om de wijkfunctie van locaties te vergroten, door activiteiten te organiseren en zorg en verpleging te leveren voor een bredere doelgroep. Ook zien aanbieders mogelijkheden voor samenwerking tussen facilitaire diensten om deze rendabel te houden.

Extramuralisering

Eén van de gesproken instellingen doet, met het oog op de scheiding wonen en zorg, de mensen die nu intramuraal wonen een aanbod om extramuraal te gaan wonen (het huren van de huidige woning). De mogelijkheden hiertoe hangen af van de mate waarin de ruimtes voor een marktconforme prijs verhuurbaar zijn. In dit verband is te wijzen op recent onderzoek van Berenschot. Volgens dit onderzoek dreigt voor 800 van de bijna 2.000 verpleeg- en verzorgingshuislocaties sluiting, omdat het scheiden van wonen en zorg in deze locaties financieel niet rendabel is.[1]

V&V-huizen

ActiZ merkt ten aanzien van de 'V&V-instellingen sec' (VVT instellingen met alleen V&V en geen thuiszorg) op dat verzorgingshuizen op termijn dicht zullen gaan. Verzorgingshuizen hebben nu al problemen als gevolg van het wegvallen van de nieuwe instroom van ZZP 1 en 2. Per 2014 zal er geen nieuwe instroom van ZZP 3 en per 2017 nog maar de helft van ZZP 4 zijn. Hierbij speelt ook het vastgoedprobleem: lege bedden en minder/geen omzet, maar wel vaste vastgoedkosten en deels vaste personeels-/overheadkosten (bijvoorbeeld receptie, keuken, schoonmaak, tuinonderhoud et cetera).

Thuiszorg

Opvallend is dat er maar weinig thuiszorginstellingen erg negatief staan tegenover de veranderingen. Men is van mening dat het nodig is om veranderingen door te voeren om de zorg op de lange termijn 'gezond' te houden. Wel is men van mening dat er meer tijd nodig is om bepaalde zaken af- en op- te bouwen. Wat op dit moment van hen wordt verwacht in een tijdspanne van één jaar, zou men liever zien in een tijdspanne van 5 tot 9 jaar. Het is ook nadelig dat men in gesprek moet gaan met veel verschillende gemeenten, en dat het nog niet helemaal duidelijk is welke rol gemeenten gaan spelen.

Werving personeel

De meeste thuiszorgorganisaties beperken zich in de werving van nieuw personeel. Daar waar al nieuw personeel wordt aangetrokken, worden jaarcontracten aangeboden. Zo wordt een flexibele schil opgebouwd. Bij een aantal instellingen is 1,5 jaar geleden al gekozen voor een voorzichtige afbouw van de huishoudelijke hulp en het terugbrengen van de benodigde FTE's.

Samenwerking binnen de branche

Binnen de branche ziet men meer samenwerking ontstaan om gezamenlijk een flexibele schil op te kunnen zetten en zo - ook voor de toekomst - kwalitatief goed personeel beschikbaar te houden en aan de branche te binden.

[1] Zie ook: Berenschot (2013). *De vergrijzing voorbij.*

Er ontstaat ook al meer een geïntegreerde wijkgerichte aanpak, die zich zelfs sectoroverstijgend zou kunnen ontwikkelen.

Commercieel aanbod

Sommige instellingen voeren een proactief beleid op de genomen maatregelen, door bijvoorbeeld het onderzoeken van de markt voor particuliere thuishulp en thuiszorg. Men verwacht namelijk dat het beroep op de informele netwerken niet voldoende zal zijn om aan de toekomstige vraag te voldoen. Dit biedt ruimte voor een meer commercieel ingesteld aanbod voor thuiszorg / thuishulp. Voorbereidingen die instellingen treffen zijn bijvoorbeeld het instrueren van het personeel over deze ontwikkeling en het opzetten van wijkteams met een commerciële attitude (zie onderstaand kader).

Pilots voor inrichting wijkteams

Er zijn diverse pilots door de instellingen opgezet in de vorm van wijkteams. Hoe de instellingen die wijkteams opzetten verschilt. Sommige instellingen zetten wijkteams op uit eigen kracht en bemannen deze met medewerkers uit eigen gelederen. Hierin worden de diensten die de instellingen nu ook bieden aangeboden. Dus men biedt langdurige huishoudelijke zorg, verzorging en verpleging. Dit gaat om pilots die worden gemonitord, in sommige gevallen zijn de gemeenten ook nauw betrokken bij deze initiatieven en hebben een rol als partner en toehoorder, echter in geen van de gevallen als initiator of regisseur.

De instellingen leveren voor de pilots een aantal personeelsleden en laten deze op een organische wijze de wijkteams inrichten en ontwikkelen. Hiervoor worden wel de 'betere' en initiatiefrijke werknemers ingezet (te denken valt aan niveau 4 verpleegkundigen met een aantal helpenden). In één van de instellingen (dit was een gecombineerde V&V en thuiszorg instelling) is een pilot opgezet met een aantal instellingen uit de regio uit de andere sectoren zoals GGZ en GHZ.

Of deze pilots ook echt de gewenste voordelen en efficiency opleveren is nog niet te zeggen. Wel is men ervan overtuigd dat de inrichting van wijkteams een ander type medewerker vraagt. Dit moeten medewerkers zijn die op een andere manier met het werk bezig zijn. Ze moeten meer verbindingen leggen, proactief te werk gaan en indien nodig meer coördinerende vaardigheden ontwikkelen om de zelfredzaamheid van de cliënten op gang te brengen. De verwachting dat voor de uiteindelijke structuur met wijkteams enerzijds hoger opgeleide mensen nodig zijn, maar anderzijds minder leidinggevenden.

5.6 Concurrentie

In diverse gemeenten ziet men nieuwe toetreders. Deze toetreders zijn ofwel grote landelijke organisaties die hun werkgebied willen uitbreiden of kleine flexibele thuiszorgorganisaties. Instellingen maken zich relatief weinig zorgen over deze ontwikkeling. Omdat de thuiszorg en de V&V een grote sector is met een oorsprong in de wijken, heeft men het idee een stevig fundament te hebben dat de concurrentie niet heeft. Ook juist binnen de nieuwe vormen waarin de langdurige zorg en ondersteuning georganiseerd gaat worden, ziet de branche een belangrijke rol voor zichzelf weggelegd.

Wel geven thuiszorgorganisaties aan dat met het wegvallen van de huishoudelijke hulp voor hen ook een signaalfunctie wegvalt. Hun positie in en kennis over de wijk zal hierdoor afnemen, waardoor er ruimte komt voor concurrerende partijen.

5.7 Effecten voor werknemers

Op dit moment beperken de instellingen het aannemen van nieuw personeel op niveau 1&2. Dit geldt in mindere mate voor niveau 3+ en hoger, omdat men daar in de toekomst geen overschotten verwacht. De tijdelijke contracten worden alleen nog maar verlengd met tijdelijke contracten, eventueel met een tussenpose van 3 maanden.
Het verder uitbreiden van de flexibele schil of het inzetten van ZZP-ers (zelfstandigen) is nog geen gemeengoed.

Intramuraal personeel: behoefte aan meer generalisten

De verwachting bestaat dat er in de nieuwe situatie meer generalisten nodig zijn. De huidige verpleegkundigenfunctie komt dichtbij het type functie dat men verwacht in de toekomst nodig te hebben. Zij hebben nu ook al veelal een generalistische en coördinerende taak.
Het aantal vrijwilligers zal naar verwachting toenemen. Zorgmedewerkers krijgen daardoor een rol in de begeleiding van vrijwilligers en mantelzorgers en het activeren van de zelfredzaamheid van cliënten.
Een instelling ziet vraag ontstaan naar een nieuw type zorgmedewerkers, dat zakelijker kijkt naar de zorgvraag. In de nieuwe situatie hebben de cliënten een eigen voordeur en moet worden vastgesteld wat iemand nog zelf kan en wat voor hem gedaan moet worden. Van medewerkers wordt gevraagd dat zij meegaan in veranderingen en openstaan voor innovaties, en hun cliënten zelf laten handelen en minder snel helpen. Voor veel functies in de toekomst voldoet opleidingsniveau 3 niet meer. De niveau 3 medewerkers dienen bij- of omgeschoold te worden.

Extramuraal personeel: veranderingen voor werknemers van niveaus 1 en 2

Men verwacht dat met de veranderingen en het korten van de budgetten vooral het personeel aan de onderkant de dupe wordt. De organisaties die thuiszorg inclusief huishoudelijke hulp bieden ervaren dit als een groter probleem dan de organisaties die uitsluitend diensten aanbieden op het gebied van V&V. Ook zijn er minder zorgen over de hogere niveaus verzorgenden en verpleegkundigen omdat daar meestal al tekorten waren en deze groep zich mogelijk ontwikkelt van specialist naar generalist, met eventueel een coördinerende rol om de omgeving van de cliënt te mobiliseren. De functies op verzorgend en verplegend niveau worden wellicht interessanter voor een 'nieuwe' groep medewerkers, waardoor de tekorten minder worden.

Van de lagere functies zal een bredere inzet worden verlangd. Men dient een bredere taakopvatting te krijgen en ook een signaalfunctie te vervullen en eventueel meer handelingen te verrichten. Vooral verzorgenden van niveau 1 & 2 en alfahulpen lopen het risico hun baan kwijt te raken. De leeftijd van deze groep medewerkers ligt hoog, waardoor deze groep kwetsbaar is.
Mogelijkheden voor deze groep zijn als volgt:

1) Een klein deel kan worden bijgeschoold tot niveau 3. De medewerkers die deze ambitie hebben of deze mogelijkheden worden door veel organisaties gestimuleerd en ondersteund.
2) Een ander deel hoopt men in de toekomst een baangarantie te kunnen bieden in de particuliere thuiszorg. Een aantal instellingen is in gesprek met de organisaties die voornemens zijn zich juist in deze markt te ontwikkelen en mee te dingen naar aanbestedingen. Dit zijn andere thuiszorgorganisaties of schoonmaakbedrijven.
3) De verwachting is ook dat een deel van deze groep in het grijze of zwarte circuit zal verdwijnen.
4) Een deel van deze groep komt terecht in functies buiten de zorg of in een andere zorgsector.

Om te anticiperen op bovenstaande 'marktbewegingen' investeren de meeste instellingen en organisaties in personeelsbijeenkomsten. Enerzijds om de medewerkers bewust te maken en te informeren over de veranderingen en de risico's die bepaalde groepen lopen, anderzijds om de medewerkers mee te laten denken in het veranderingsproces. Het vertaalt zich nog niet in alle gevallen naar een actief opleidingsbeleid, wel zijn er trainingen om medewerkers in staat te stellen een 'zakelijk' gesprek aan te gaan met de cliënten en hen te wijzen op hun eigen verantwoordelijkheid.

Het ontwikkelen van nieuwe (interne) opleidingen voor deze groep medewerkers is nog te vroeg, omdat er teveel onzekere factoren zijn die de daadwerkelijke invulling van de 'nieuwe' functies bepalen.

5.8 Effecten op de instellingen en de branche

Zoals gezegd: de precieze effecten zijn lastig te voorspellen, omdat nog onduidelijk is wat gemeenten gaan doen met de inzet van de Wmo, de financiering en de manier waarop zij de zorg en welzijn vorm gaan geven. Dat is de belangrijkste onzekerheid en brengt voor de gecombineerde instellingen inclusief thuiszorg de grootste risico's met zich mee.

De hoeveelheid te leveren zorg zal in de toekomst niet veranderen. Een deel zal worden overgenomen door de informele netwerken. De vraag neemt af, de behoefte niet. Nog onduidelijk is welke werkzaamheden door de informele netwerken worden overgenomen, dit is onder andere afhankelijk van de capaciteiten en de kwaliteiten die zich in de informele netwerken bevinden en is per cliënt individueel bepaald.

Personeel

De huidige aanbieders zijn overwegend pessimistisch waar het gaat om de ontwikkeling van het personeelsbestand. Gemiddeld genomen verwachten de V&V-instellingen een verlies van 20 tot 25 procent van de formatieplaatsen, op basis van de maatregelen uit de akkoorden (verdwijnen van ZZP 1 t/m 3 en onzekerheden omtrent voortbestaan dagbesteding). Het zal dan vooral gaan om de lagere functiecategorieën (facilitaire medewerkers, helpenden, verzorgenden t/m niveau 3). Verder wordt verwacht dat de gevolgen voor instellingen die zich richten op de lichtere ZZP's het grootste zijn.
De mate waarin ontslagen noodzakelijk zijn, is echter verschillend per situatie en tevens afhankelijk van de inzet van gemeenten en de inzet van eigen bijdragen en PGB's. De effecten zijn voor instellingen afzonderlijk groter dan de effecten op macroniveau, omdat er verschuivingen kunnen plaatsvinden tussen aanbieders en zorgvormen.
Tot slot heeft de korting van 40 procent op huishoudelijk hulp grote gevolgen voor die groep medewerkers. De korting wordt veelal één op één doorvertaald in ontslagen.

Gedwongen ontslagen worden – vooral in de thuiszorg – gezien als onafwendbaar, omdat het natuurlijke verloop niet voor voldoende afvloeiing zorgt. Voor instellingen die naast HH ook V&V aanbieden geldt dit in iets mindere mate, omdat zij verwachten meer mensen te kunnen bijscholen tot generalisten.
Naast banenverlies in het directe personeel voorziet men ook banenverlies bij de ondersteunende beroepen/functies (zowel bij facilitaire diensten als binnen het management). In de branche VVT (V&V) vormen de ondersteunende beroepen/functies binnen het totale perso-

neelsbestand een substantiële groep.[1] In het bijzonder voor de facilitaire functies, en zeker voor het wat oudere personeel, zullen plaatsingsproblemen ontstaan ten aanzien van de begeleiding van werk naar werk. Deze mensen kunnen immers niet 'mee extramuraliseren'.

Verschuivingen

Het professionele zorgaanbod verschuift vooral van lagere naar hogere functies en zal zich differentiëren tussen generalistische functies met een belangrijke signaalfunctie en een organisatorisch element en juist een verdere specialisatie in verzorgende, verpleegkundige en zelfs medische handelingen. De groep generalisten vervult een belangrijke rol in de eerste professionele schil om de cliënt en werkt in wijken in teams, de groep specialisten is nodig in de buitenste schil om de cliënt en werkt wijkoverstijgend. In deze constructie is het belangrijk dat de partijen elkaar goed weten te vinden en dat er geen schotten bestaan.

De verwachting is dat de sectoren in de eerste professionele ring meer samenwerken, echter met uitzondering van de GGZ en de JZ. In hoeverre de welzijnstaken ook in het integrale wijkteam zullen toetreden is nog niet duidelijk. In de huidige pilots is dit nog niet uitgekristalliseerd. In sommige experimenten bestaan er naast de wijkgerichte teams ook nog sociale wijkteams. Integratie van deze teams is wel wenselijk en mogelijk.

Gelijktijdig ontslag en werven

ActiZ signaleert een spanningsveld tussen enerzijds ontslag van laag opgeleiden (huishoudelijke verzorging, persoonlijke verzorging) door het als gevolg van de bezuinigingen verdwijnen van werkgelegenheid en anderzijds het werven van hoog opgeleid personeel (extra investeringen van € 200 miljoen ten behoeve van wijkverpleging). Het nieuw te werven personeel dient op kwalificatieniveau 4 en 5 te zijn.

Imagoschade

ActiZ wijst op het effect van de maatregelen op het werkgeversimago van de VVT. Problemen met de huishoudelijke verzorging, het sluiten van verzorgingshuizen en het ontslaan van personeel op instellingsniveau (en de berichtgeving daarover) leiden tot imagoschade voor de branche als geheel. De aantrekkelijkheid van de branche als werkgever neemt af waardoor problemen ontstaan met het opleiden en werven van gewenst personeel.

Vastgoed

Het scheiden van wonen en zorg is een maatregel die effect heeft op het vastgoed.
De huidige woningen dienen te worden omgezet naar huurwoningen. Er is een kans dat de huurprijzen te hoog uitvallen voor een deel van de doelgroep. Daarnaast zijn er frictiekosten te verwachten. Dit betreft de verbouwingskosten van de huidige instellingswoningen naar huurwoningen. Instellingen met meerdere locaties zijn voornemens de duurdere locaties af te stoten indien dit in eigendom is, of kiezen voor versnelde afschrijving van het vastgoed, met als risico een uiteindelijk faillissement. Andere instellingen hopen dat gemeenten hen daarin tegemoet gaan komen.

[1] Daarbij gaat het deels om niet-cliëntgebonden beroepen/functies (25 procent) en deels om cliëntgebonden beroepen/functies. Tot het niet-cliëntgebonen personeel behoort het management (in de thuiszorg een betrekkelijk kleine groep) en divers ondersteunend personeel (Administratief/Secretarieel, Technische dienst, P&O/Opleiding, Hotelfunctie/Civiele dienst, Keuken/Voeding, Onderhoud). Bij cliëntgebonden personeel gaat het onder meer om paramedici (fysiotherapeuten, diëtisten), activiteitenbegeleiders, coördinatoren vrijwilligers et cetera.

Complexere financiële stromen

Doordat er meerdere financieringsbronnen komen verwacht men een toename van de complexiteit vanwege betrokkenheid van meerdere partijen, verschillende processen, meer aanbestedingsprocedures en meer overlegstructuren. De gevolgen hiervan zijn nog niet helemaal duidelijk. De verwachting is dat dit een grotere druk legt op een stuk van de overhead bij zowel de instellingen als bij de gemeenten.

6 Visie respondenten branche GGZ

Dit hoofdstuk bevat specifieke onderzoeksresultaten voor de branche GGZ. De resultaten zijn gebaseerd op gesprekken met betrokken partijen en op publicaties. Aanbieders in de branche vormen de belangrijkste bron van informatie. Omdat met een beperkt aantal aanbieders gesproken is, is het beeld mogelijk niet representatief. Vanwege de grote verschillen tussen aanbieders, zal ook niet iedere aanbieder zich erin herkennen. In het hoofdstuk is achtereenvolgen aandacht voor:

1 Algemene introductie van de branche
2 Meest ingrijpende maatregelen
3 Verwachtingen van het gemeentelijk beleid
4 Verwachte verandering in de vraag naar diensten
5 Wijze van voorbereiding en samenwerking
6 Concurrentie
7 Effecten voor werknemers
8 Effecten voor instellingen en de branche.

6.1 Introductie van de branche

Geestelijke gezondheidszorg (GGZ) is zorg voor mensen met psychische of psychiatrische problematiek. Kortdurende behandeling gericht op genezing (ambulant of maximaal één jaar klinisch) valt onder de Zorgverzekeringswet; langdurige zorg en begeleiding onder de AWBZ.

Het zorgaanbod

Globaal ontvangen de volgende doelgroepen AWBZ-gefinancierde GGZ:

- mensen met een (chronische) psychiatrische of psychische stoornis;
- mensen met een verslaving;
- mensen die dak- of thuisloos zijn geweest en daarom niet meer in staat zijn een zelfstandig leven te leiden (voortgezette maatschappelijke opvang).

De GGZ kent diverse soorten instellingen:

- Geïntegreerde GGZ-instellingen (brede instellingen, die vrijwel alle soorten GGZ aanbieden zoals preventie, ambulante zorg, klinische zorg, gespecialiseerde zorg, verslavingszorg, langdurig verblijf)
- Verslavingszorg
- Kinder- en jeugdpsychiatrie
- Forensische zorg
- RIAGG/ambulant
- RIBW (Regionale Instelling voor Beschermd Wonen)[1].

[1] Beschermd wonen is wonen met intensieve begeleiding in een woonvorm van een RIBW. De beschermde woonvormen staan in een gewone woonwijk. Belangrijk is de begeleiding naar betaald werk, vrijwilligerswerk of een dagbesteding. Veel RIBW-en bieden zelf dagbesteding.

Dit onderzoek heeft zich toegespitst op de geïntegreerde GGZ-instellingen en de RIBW-en, waarbij het gaat om de volgende soorten zorg:

- Het producten-/dienstenpakket van de geïntegreerde GGZ-instellingen omvat preventie, eerstelijns-GGZ, langdurige extramurale GGZ (VP, PV, BG) en intramurale woonzorg vanuit ZZP GGZ B-groep (verblijf vanwege behandeling).
- Voor de RIBW's gaat het om woonzorg vanuit ZZP GGZ C-groep (verblijf niet vanwege behandeling).

Werkgelegenheid

De (ontwikkeling van de) werkgelegenheid in de branche GGZ is als volgt beknopt te beschrijven:

- De omvang van de werkgelegenheid in de GGZ is in 2012 zo'n 66.000 FTE[1].
- Het aandeel van de branche GGZ in de werkgelegenheid in de totale sector zorg en WJK bedraagt in 2012 ruim 7 procent (in FTE).
- De jaarlijkse groei van het aantal FTE's in de GGZ ligt in de periode 2009 tot en met 2012 tussen de -1,9 en 5,0 procent.
- In vergelijking tot andere branches is de gemiddelde leeftijd van de werknemers gemiddeld. Het aandeel 55-plussers neemt wel sterk toe.[2]

6.2 Meest ingrijpende maatregelen

Als meest ingrijpende maatregelen voor de sector worden de volgende genoemd:

1. De intramurale capaciteit ZZP B en ZZP C wordt afgebouwd (voortzetting bestuurlijk akkoord, afhankelijk gemaakt van afspraken met zorgverzekeraar en zorgkantoor hierover);
2. De begeleiding en dagbesteding, vervoer, kortdurend verblijf en inloopfunctie GGZ gaan naar gemeenten. Hiervoor geldt een budgetkorting;
3. Beschermd wonen (ZZP C3 en hoger) op participatie gericht gaat waarschijnlijk richting het gemeentelijke domein (politieke besluitvorming hierover loopt nog);
4. Langdurige zorg gericht op behandeling (ZZP B) gaat waarschijnlijk naar de Zorgverzekeringswet (politieke besluitvorming hierover loopt nog);
5. Jeugd-GGZ gaat naar gemeenten.

De maatregelen komen er op neer dat er, nog meer dan nu, een knip komt tussen, enerzijds, de lichte (ambulante) basiszorg en begeleiding (1^{e} lijn) en, anderzijds, de intensievere vormen van (langdurige) zorg, al dan niet in combinatie met behandeling (2^{e} lijn). Het budget voor de extramurale begeleiding zal lager worden.

6.3 Verwachtingen omtrent gemeentelijk beleid

Er is bij de GGZ-instellingen veel onduidelijkheid over de voornemens van gemeenten. De sector vraagt zich bijvoorbeeld af of gemeenten gaan proberen om de begeleiding van verschillende doelgroepen (GGZ, GHZ, jongeren, ouderen) te combineren of dat ze de specialistische GGZ intact zullen laten. Daarbij zijn er zorgen of de gemeenten wel genoeg kennis over en oog voor de problematiek en zorgbehoefte van deze doelgroep hebben. Zeker is dat er straks minder budget beschikbaar is voor de begeleiding etc binnen de GGZ die overgaat

[1] Dit betreft de gehele GGZ, dus zowel curatieve zorg als langdurige zorg en begeleiding. Een uitsplitsing tussen 'cure' en 'care' is op basis van de beschikbare bronnen niet te maken.

[2] Bron: Panteia, Seor en Etil op basis van SSB, PGGM.

naar gemeenten. De eventuele overheveling van ZZP C naar gemeenten zal budgetneutraal (dus zonder korting) plaatsvinden. In de Wmo wordt gesproken over een centrumgemeente-constructie hiervoor met een overgangsperiode van 5 jaar wat zou inhouden dat geld ook niet meteen in grote Wmo pot verdwijnt (en dus ook elders aan besteed kan worden). Een gepercipieerd risico is wel dat dit na overgangsrecht van vijf jaar wel kan gebeuren.

Voor de GGZ blijft er nog altijd de route via de huisarts, zodat de gemeenten nooit volledig aan het roer zullen staan.

De onzekerheid van instellingen over de toekomst speelt zich langs twee assen af: tarieven en volume. Vooral op begeleiding etc. zit zoals aangegeven een taakstelling voor gemeenten bij de overheveling. Als er lagere tarieven geëist worden, wat in de verwachting ligt, betekent dit dat er met goedkoper personeel gewerkt moet worden of dat de caseload toeneemt. Voor zover mogelijk is er nog een derde mogelijkheid: op een andere, efficiëntere manier gaan werken.
Als het volume afneemt moet er personeel afvloeien. Beide ontwikkelingen zijn voor de instellingen onwenselijk. Door met goedkoper personeel of een hogere caseload te werken kan de kwaliteit onder druk komen en het laten afvloeien van personeel is uit het oogpunt van goed werkgeverschap en frictiekosten ongewenst. Een complicerende factor is het hoofdbehandelaarschap: dit mag alleen door goedopgeleide (en dus duurdere) specialisten vervuld worden. Bij lagere tarieven zijn deze mensen echter niet te betalen.

De aanbieders verwachten verder dat gemeenten waarschijnlijk zullen willen inzetten op samenwerkende partijen, al dan niet in wijk- en buurtteams. Wat de rol van de GGZ binnen deze teams zal worden is, gezien de specialistische aard van het werk in de GGZ, voor de instellingen nog onduidelijk.

6.4 Verwachte veranderingen in vraag naar diensten

Zoals vermeld is er bij de instellingen nog veel onduidelijk over of en welke diensten de gemeenten straks zullen gaan inkopen binnen de GGZ.

Sommige zaken zijn wel duidelijk:
- Er komt een verschuiving van intramurale naar extramurale zorglevering. Daarbij wordt het wijkgericht en netwerkondersteunend werken belangrijker.
- Verwacht wordt dat de kans groot is dat de functies dagbesteding, inloopfuncties, kortdurend verblijf en logeeropvang zullen wegvallen of anders ingevuld moeten gaan worden.

6.5 Wijze van voorbereiding en samenwerking

De instellingen nemen nu al diverse maatregelen ter voorbereiding op de wijzigingen. Hierbij worden de volgende maatregelen genoemd:
- De extramuralisering die reeds gaande is, naar aanleiding van bet bestuurlijk akkoord
- Het opbouwen van een flexibele schil van personeel
- Het opleiden van het personeel voor extramurale taken
- Het optimaliseren van de bedrijfsvoering waaronder het snijden in de overhead
- Meer werken met autonome zorgteams, focus op wijkgerichte taken, bijvoorbeeld in zogeheten Function Assertive Community Treatment (FACT) teams.
- Duidelijkere profilering van producten, zorgen voor een marktprofiel in het voorveld of juist een specialisatie

Daarnaast gaan de instellingen met gemeenten aan tafel, waarbij ze het belang van de GGZ benadrukken. Sommige instellingen vrezen dat de GGZ minder zichtbaar en onbekend is voor gemeenten, met het risico dat deze sector door gemeenten over het hoofd wordt gezien.
De instellingen zien tevens het belang van samenwerking met andere partijen, maar dit wordt bemoeilijk door de forse concurrentie waar momenteel sprake van is, doordat instellingen bezig zijn hun marktpositie te verstevigen. Een trend die wel al gaande is, is dat GGZ-instellingen zich aansluiten bij franchiseconcepten, zoals Indigo of PsyQ.
Ook is in de GGZ nu al sprake van een ketenzorg, vaak binnen de geïntegreerde instellingen. Daarbij wordt in de toekomst meer samenwerking verwacht met de (brede) wijk- en buurtzorg en jeugdzorg.

Instellingen die nu woonruimte huren van woningcorporaties voor hun intramuraal aanbod, kijken naar de mogelijkheden om cliënten die geen recht meer hebben op intramurale zorg deze woningen zelfstandig te laten huren. Echter niet alle woningen zijn hiervoor geschikt en niet alle cliënten hebben voldoende financiële middelen hiervoor.

6.6 Concurrentie

In het algemeen wordt ervan uitgegaan dat de concurrentie zal toenemen. Er wordt vooral concurrentie verwacht op de lichtere ambulante (basis)zorg, van zowel de andere huidige GGZ-instellingen, als van eerstelijnspsychologen, verslavingszorg, gehandicaptenzorg, thuiszorg en welzijn, en nieuwe toetreders. Concurrentie vanuit andere sectoren kan leiden tot lagere kwaliteit van de zorg, zo vreest de sector.

Nieuwkomers op het gebied van ambulante zorg hebben het voordeel dat zij geen last hebben van de frictiekosten (leegstaande panden, wachtgeldverplichtingen e.d.); zij kunnen jong(er) en derhalve goedkoper personeel aantrekken. Dat maakt concurreren voor de bestaande instellingen lastig.

De instellingen zien echter ook de kansen die de concurrentie biedt. Concurrentie dwingt tot betere bedrijfsvoering, en kan instellingen ook stimuleren om zich te specialiseren en te richten op bepaalde niches. Hiermee nemen hun kansen op de markt toe.

6.7 Effecten voor werknemers

Momenteel worden er in de sector nauwelijks vaste contracten meer gegeven en aflopende tijdelijke contracten worden nauwelijks nog verlengd. Eén instelling geeft aan een flexibele schil van circa 25 procent te hebben en die nog te willen vergroten. Dit betekent dat er voortdurend verloop van personeel is en de werkzekerheid voor werknemers met een tijdelijk contract nul is. Maar het betekent ook dat het aantal gedwongen ontslagen straks beperkt zal zijn.
In het personeel wordt echter wel voortdurend geïnvesteerd door trainingen, cursussen en professionalisering. Wanneer men echter aan het einde van de tijdelijke contracten afscheid moet nemen van dit personeel, plukt de instelling uiteindelijk niet zelf de vruchten van de investering. Er wordt dan ook wel van 'kapitaalvernietiging' gesproken.

Vaak is het personeel zelf nog niet proactief met opleidingen voor de toekomstige situatie bezig, zo wordt aangegeven. Het zijn vaak de oudere werknemers die minder open staan voor nieuwe werkwijzen en de daarbij behorende scholing en cursussen. De jongere, nieuwe medewerkers staan hier meer voor open of bezitten reeds de in de toekomst gevraagde vaardighe-

den. Deze jongere medewerkers maken op dit moment echter juist vaker deel uit van de flexibele schil en zijn dus de eersten die hun baan verliezen bij personeelsafbouw.

De ambulantisering vereist andere capaciteiten van het personeel. Medewerkers zullen meer wijkgericht gaan werken en meer aansluiting moeten vinden bij de eigen kracht van cliënten en de informele netwerken daaromheen: meer zorg ondersteunen, in plaats van zorg overnemen. In tegenstelling tot het huidige intramurale werk, kan er minder teruggevallen worden op directe hulp van collega's. Dit vereist hoger opgeleid, zelfstandig werkend personeel.
Verwacht wordt dat van het huidige intramuraal werkende personeel de HBO-ers extramurale taken kunnen gaan vervullen, in de functie van verpleegkundig specialist. Een deel van de MBO-ers kan deze stap naar een hoger niveau ook maken, maar dit is zeker niet voor iedereen weggelegd.

Ook is de verwachting dat in de klinische zorg de zorgzwaarte (relatief) zal toenemen. De lichtere vormen van zorg worden immers geëxtramuraliseerd, waardoor alleen nog de 'zwaardere' cliënten over blijven. Daardoor zal er ook intramuraal, per saldo, een grotere behoefte aan hoger opgeleid personeel zijn (meer HBO-ers). Ook kan er een hogere caseload per medewerker optreden.

De verwachtingen omtrent de inzet van hoger opgeleid personeel lijken tegenstrijdig te zijn met de verwachtingen dat de tarieven omlaag zullen gaan. Dat betekent ofwel een hogere caseload, of dat toch lager geschoold personeel de taken moet uitvoeren. Verwacht wordt dat van het huidige intramuraal werkende personeel de HBO-ers de extramurale taken kunnen gaan vervullen, nadat zij hiervoor bijscholing hebben ontvangen. Een deel van de MBO-ers kan ook opgeschoold worden naar een hoger niveau.

6.8 Effecten voor de instellingen en de branche

Extramuralisering
Begeleid wonen (vanuit ZZP's B1, B2, C1 en C2) wordt afgebouwd. De verwachting is wel dat de begeleiding van deze doelgroep blijft bestaan, maar dat het extramuraal wordt uitgevoerd. Wat betreft gebouwen worden er grote effecten verwacht. De sector kampt nu al met leegstand, dit zal alleen maar meer worden. Dit leidt tot frictiekosten, een punt van grote zorg binnen de sector.

'Knippen'
Ten opzichte van de huidige situatie zal er straks een meer gefragmenteerd aanbod komen, met meerdere financieringsvormen. Naast het al bestaande onderscheid tussen curatieve en langdurige GGZ, komt er een 'knip' tussen lichte basis-GGZ in de eerste lijn en meer specialistische GGZ in de tweede lijn. De op behandeling gerichte zorg loopt echter zowel op instellingsniveau als op cliëntniveau vaak door elkaar. Geïntegreerde instellingen bieden beide vormen van zorg en cliënten die langdurig verzorgd en begeleid worden, hebben vaak ook (tijdelijk) weer behandeling nodig.

De financiering voor de verschillende vormen van cure en care komt in de toekomst uit meer kanalen dan nu het geval is. Op dit moment loopt de financiering van 'ZZP A'[1] (kortdurende

[1] Formeel bestaat ZZP A niet. Wordt hier gebruikt om de eerste 365 dagen intramurale GGZ aan te duiden die nu al in de Zvw zit.

behandeling) via de ZVW en alle vormen van langdurige behandeling en verzorging (ZZP B en C) via de AWBZ. In de toekomst zullen zowel ZZP 'A' en B door de ZVW gefinancierd worden, en zal de ZZP C deels door een LIZ en deels door gemeenten gefinancierd worden[1].

Naast de 'knippen' tussen care en cure en eerste lijn en tweede lijn komt er ook nog een knip tussen jeugd-GGZ en volwassenen-GGZ, waarbij de jeugd-GGZ in het geheel naar de gemeenten gaat in termen van inkoop en financiering. Het is voor de instellingen nog onduidelijk hoe deze 'knippen' in dienstenaanbod en financiering gaan uitpakken. Zoals eerder vermeld worden de budgetten voor jeugdzorg aan het algemene gemeentefonds toegevoegd en zijn dus niet specifiek voor jeugdzorg geoormerkt. In het Zorgakkoord is dit echter deels aangepast: besloten is de voorgenomen korting op het jeugddossier (gerelateerd aan de jeugd-GGZ) voor een belangrijk deel teniet te doen door het GGZ-kader geoormerkt te verhogen voor de jeugd. Er is onduidelijkheid over de interpretatie van dit besluit. GGZ Nederland gaat ervan uit dat het geoormerkte deel door de gemeenten daadwerkelijk wordt ingezet voor de jeugd-GGZ.

Gevolgen voor werkgelegenheid
De verwachte gevolgen verschillen sterk afhankelijk van het type GGZ-instelling. In het algemeen zijn de instellingen pessimistisch gestemd:
- Er wordt een afname van 20-30 procent op het gebied van begeleiding en begeleid wonen verwacht. RIBW's gaan daarbij uit van een afname van circa 30 procent van de werkgelegenheid in het primaire proces (een één op één verhouding met de afname van het te behandelen patiënten), en 15 procent bij de ondersteunende functies (geen één op één verhouding met de afname van cliënten, maar ongeveer de helft daarvan). Binnen het primaire proces zal het vooral om de MBO-ers gaan. Nu intramuraal werkende HBO-ers kunnen straks naar verwachting extramuraal gaan werken in de functie van verpleegkundig specialist.
- Voor geïntegreerde instellingen zal de afname van de werkgelegenheid meer in de orde van 5-15 procent liggen. De nadruk zal daar meer op zwaardere cliëntgroepen komen te liggen. 'Lichte zorg' (inloophuis, respijtzorg, dagbesteding) zal misschien wegvallen.
- De gevolgen van de nieuwe jeugdwet zijn voor de jeugd-GGZ nog lastig in te schatten. Tijdens het zorgoverleg is afgesproken de voorgenomen 15 procent korting op het jeugddossier (gerelateerd aan de jeugd-GGZ) voor een belangrijk deel teniet te doen door het GGZ-kader geoormerkt te verhogen voor de jeugd. Het is echter nog maar de vraag hoe dit in de praktijk zal uitpakken.

Gezien de onduidelijkheid over het gemeentelijke beleid en de complexiteit van de samenstelling van het aanbod (met name bij geïntegreerde instellingen) is niet mogelijk de totale impact voor de instellingen in te schatten. Ook is voor de instellingen nog niet duidelijk wat de gevolgen zullen zijn van de overheveling van de ZZP B doelgroep (behandeling > 1 jaar) naar de ZVW.

Imago
De instellingen maken zich ten slotte zorgen over het imago van de branche. Dit imago is volgens hen al niet goed en wordt mogelijk nog slechter, als gevolg van slechtere arbeidsvoorwaarden, tijdelijke contracten en hogere werkdruk. Dit kan tot problemen leiden bij het werven van nieuwe professionals. Nieuwe uitdagende ambulante werkvormen zouden het imago van de branche wel ten goede kunnen komen, mits de arbeidsvoorwaarden en werkomstandigheden niet verslechteren.

[1] LIZ voor cliënten met dubbele problematiek; de grondslagbepaling is nog onduidelijk.

7 Visie respondenten branche Welzijn en Maatschappelijke Dienstverlening

Dit hoofdstuk bevat specifieke onderzoeksresultaten voor de branche WMD. De resultaten zijn gebaseerd op gesprekken met betrokken partijen en op publicaties. Aanbieders in de branche vormen de belangrijkste bron van informatie. Omdat met een beperkt aantal aanbieders gesproken is, is het beeld mogelijk niet representatief. Vanwege de grote verschillen tussen aanbieders, zal ook niet iedere aanbieder zich erin herkennen. In het hoofdstuk is achtereenvolgen aandacht voor:

1 Algemene introductie van de branche
2 Meest ingrijpende maatregelen
3 Verwachtingen van het gemeentelijk beleid
4 Verwachte verandering in de vraag naar diensten
5 Wijze van voorbereiding en samenwerking
6 Concurrentie
7 Effecten voor werknemers
8 Effecten voor instellingen en de branche.

7.1 Introductie van de branche

De branche Welzijn & Maatschappelijke Dienstverlening stelt zich ten doel burgers en buurtbewoners te helpen hun eigen kracht aan te spreken, zodat zij maatschappelijk kunnen meedoen en zelfredzaam zijn. Ook wordt beoogd de sociale omgeving van mensen en buurten te versreken.

Het ondersteuningsaanbod

De branche biedt opbouwwerk, maatschappelijk werk, jongerenwerk, schuldhulp, sociaal raadsliedenwerk, maatschappelijke opvang, ouderenwerk, peuterspeelzaalwerk, vluchtelingenwerk en asielopvang, advies en informatie, activering en ontmoeting, begeleiding, hulpverlening en ondersteuning van vrijwilligers.

De maatschappelijke ondernemers ondersteunen participatie van burgers, informele netwerken en de vorming van sociale verbanden op lokaal niveau. Ook richt de branche zich op het voorkomen van sociale uitsluiting en uitval binnen de arbeidsmarkt en het onderwijs, alsmede (sociale) overlast en spanningen die kunnen leiden tot botsingen in de samenleving en geweld in gezinnen en buurten.

Voor dit rapport hebben interviews plaatsgevonden met organisaties met een breed pakket aan dienstverlening en advisering (brede welzijnsorganisaties) en organisaties in de maatschappelijke opvang. In het kader volgt een uitgebreide beschrijving van de maatschappelijke opvang.

Maatschappelijke opvang

De maatschappelijke en vrouwenopvang kan ten dele tot de branche WMD worden gerekend en ten dele tot de branche GGZ. De instellingen leveren zowel maatschappelijke ondersteuning als AWBZ zorg.

De maatschappelijke opvang en vrouwenopvang leveren tijdelijke opvang en langdurende zorg aan mensen die door een combinatie van problemen hun huis hebben moeten verlaten of dreigen te moeten verlaten. Deze mensen kunnen die problemen meestal niet op eigen kracht oplossen. De opvang helpt deze mensen weer op weg naar een zo zelfstandig mogelijk bestaan door het bieden van korte of meer langdurige (cri-

sis)opvang, wonen, zorg en begeleiding. Doorgaans is er sprake van complexe problematiek op meerdere gebieden. In veel gevallen betreft het mensen met een psychische stoornis (waaronder verslaving), een verstandelijke beperking en/of somatische stoornissen. De maatschappelijke opvang biedt deze mensen een op de hulpvraag afgestemd aanbod. Ze werkt daarvoor samen met onder andere de GGZ, verslavingszorg, MEE, verstandelijke gehandicaptenzorg, jeugdzorg, algemeen maatschappelijk werk, reclassering, woningcorporaties, justitie en sociale zaken. De financiering van opvang en zorg is voor ongeveer 50% afkomstig uit de Wmo, en voor de andere 50% uit de Awbz.

Werkgelegenheid

De (ontwikkeling van de) werkgelegenheid in de branche WMD is als volgt beknopt te beschrijven:

- De omvang van de werkgelegenheid in de WMD is in 2012 zo'n 46.000 FTE.
- Het aandeel van de branche WMD in de werkgelegenheid in de totale sector zorg en WJK bedraagt in 2012 ruim 5 procent (in FTE).
- De jaarlijkse groei van het aantal FTE's in de WMD ligt in de periode 2009 tot en met 2012 tussen de -5,9 en 0,7 procent.
- In vergelijking tot andere branches is de gemiddelde leeftijd van de werknemers hoog. Het aandeel 55-plussers neemt sterk toe.[1]

7.2 Meest ingrijpende maatregelen

Met de drie transities (AWBZ, Jeugdzorg en Participatiewet) wordt een groot aantal taken overgeheveld van hogere overheden naar gemeenten. Deze overheveling gaat gepaard met bezuinigingen. Het zijn juist deze bezuinigingen die de instellingen binnen het WMD zorgen baren, vooral omdat het nog onduidelijk is waar de bezuinigingen zullen neerslaan. Voor het brede welzijnswerk geldt echter dat er ook duidelijke kansen zijn (zie §7.4).

Veel van de voorgenomen maatregelen treffen de maatschappelijke opvang, omdat juist hier tal van maatregelen samenkomen, zoals de overheveling van beschermd wonen, begeleiding, dagbesteding, persoonlijke verzorging en de beperking van de contracteerruimte in de AWBZ. Gemeenten worden verantwoordelijk voor meerdere taken, maar het is voor instellingen in de maatschappelijke opvang onduidelijk hoe gemeenten deze taken willen gaan oppakken en welke korting zij daarbij gaan doorvoeren. De ambulante AWBZ zorg zal met 25 procent worden gekort.

Voor jeugd en jongeren in de maatschappelijke opvang kunnen de decentralisaties een positief effect hebben, omdat jeugdzorg en maatschappelijke opvang straks beide onder de verantwoordelijkheid van gemeenten gaan vallen. Er kan dan vanuit één domein passende zorg worden georganiseerd.

De positie van 'beschermd wonen' is nog onduidelijk. In het najaar zal worden besloten of deze functie onder de verantwoordelijkheid komt van alle gemeenten, de centrumgemeenten of dat deze wordt overgeheveld naar de Zorgverzekeringswet. Zowel voor gemeenten als voor instellingen leidt deze onduidelijkheid tot onrust.

[1] Bron: Panteia, Seor en Etil op basis van SSB, PGGM.

7.3 Verwachtingen omtrent gemeentelijk beleid

Er is een sterke relatie tussen gemeenten en welzijnsinstellingen. Gemeenten kopen diensten in bij WMD organisaties, soms op basis van een aanbestedingstraject. In de laatste jaren hebben gemeenten (sterk) bezuinigd op WMD organisaties. Als gevolg hiervan zijn er in de periode 2010-2012 tussen de 5.000 en 6.000 fte verdwenen[1]. Dit betekent dat tussen de 8.000 en 9.000 welzijnswerkers hun baan hebben verloren. Het aantal gedwongen ontslagen komt in deze periode op 2.249. Ook werden honderden buurtaccommodaties gesloten. Recent onderzoek laat zien dat de werkgelegenheidskrimp in 2013 en 2014 naar verwachting doorzet (zie kader).

Verwachte werkgelegenheidskrimp in WMD

In een onderzoek van Partners + Pröpper in opdracht van FCB wordt verwacht dat de werkgelegenheidskrimp in WMD (in 2012 -5,9 procent) zich in 2013 en 2014 voortzet (-3,2 procent respectievelijk -4,4 procent). Daarmee komt de krimp in de periode 2012-2014 op gemiddeld 4,5 procent. Organisaties en medewerkers staan voor een moeilijke opgave. De financiering staat onder druk en tegelijkertijd moeten ze veranderen. Er moet meer werk binnengehaald worden als gevolg van de transities, minimaal 5 procent aan extra werk werkzaamheden. Als welzijnsorganisaties geen extra werkzaamheden kunnen verrichten na de transities, dan wordt verwacht dat de autonome krimp doorzet. Gemeenten geven aan op de huidige werksoorten verder te bezuinigen, ook na 2014. Opmerkelijk daarbij is dat ook bezuinigd wordt op ondersteuning van het vrijwilligerswerk, terwijl gemeenten tegelijkertijd mikken op meer vrijwillige inzet in het welzijnswerk.[2]

Voor de komende jaren lopen de verwachtingen over het gemeentelijk beleid uiteen. Men verwacht enerzijds vraag van gemeenten naar samenhangende arrangementen die erop gericht zijn om multi-probleem huishoudens te stabiliseren en duurzaam zelfstandig te laten wonen. Anderzijds verwacht men ook dat zich nieuwe concurrentie zal voordoen vanuit grotere aanbieders of consortia van aanbieders die gemeenten een samenhangend pakket aan diensten en zorg kunnen aanbieden.

7.4 Verwachte veranderingen in vraag naar diensten

De transities leiden tot een transformatie van het veld van zorg en welzijn. Er komt meer druk te liggen op de verhoudingen tussen burgers onderling en onderlinge zorg, en zorg moet dichter op de leefwereld van burgers georganiseerd worden (vermaatschappelijking). Gezien de diensten van het brede welzijnswerk levert dit kansen op voor de sector maar, zeker voor maatschappelijke opvang, ook risico's.

Meer vraag naar brede welzijnswerk

De transformatie leidt tot een toenemende vraag naar het type diensten dat WMD leveren. De respondenten verwacht meer vraag naar collectieve voorzieningen, zoals georganiseerd door het opbouwwerk, en meer ambulante begeleiding, zoals gezinscoaching, thuisbegeleiding en maatjesprojecten. Collectieve voorzieningen komen waar mogelijk in de plaats van individuele trajecten, maar naar verwachting blijft de vraag naar eerstelijns begeleiding bestaan. Deze voorzieningen zullen (deels) geschikt gemaakt moeten worden voor de nieuwe doelgroepen.

[1] Uit het onderzoek 'Participatie onder druk' (Bureau Bartels, 2012) blijkt dat gemeenten vooral bezuinigen op collectieve voorzieningen en ontmoetingsactiviteiten voor de 'minder zichtbare groepen': ouderenwerk, jongerenwerk, opbouwwerk, en andere collectieve voorzieningen zoals kinderwerk en peuterspeelzaalwerk. De inzet op overlast gevende hangjongeren en Maatschappelijke Opvang van dak- en thuislozen is nog buiten schot gehouden.

[2] Onderzoek van Partners + Pröpper (juni 2013) in opdracht van FCB.

Als gevolg van de ontzorging neemt de vraag naar vrijwilligers toe. Het welzijnswerk heeft ervaring in het werven, begeleiden en behouden van vrijwilligers doordat zij hierin opdracht van gemeenten vaak een coördinerende functie in vervult. Er wordt meer vraag naar deze functie verwacht.
De inzet van de staatssecretaris op de oprichting en/of doorontwikkeling van sociale wijkteams kan ook gunstig zijn voor WMD organisaties. In pilots hebben WMD organisaties al deel aan dergelijke teams. Als deze ervaringen positief zijn, kunnen zij daar vanuit hun generalistische werkwijze in de toekomst ook voor gevraagd worden.
Daarnaast zijn er nog andere ontwikkelingen waardoor de vraag naar het brede welzijnswerk naar verwachting zal toenemen. Door het scheiden van wonen en zorg zullen mensen langer thuis blijven wonen en daardoor relatief meer gebruik maken van de diensten van WMD organisaties. En ook de vergrijzing en de economische crisis leiden tot een toename van het aantal klanten.
Daar tegenover staat een toenemende concurrentie van (nieuwe) aanbieders binnen het brede sociaal domein.

Bezuinigingen binnen maatschappelijke opvang
Voor instellingen binnen de maatschappelijke opvang zijn deze kansen minder sterk aanwezig. Zij bedienen een zware doelgroep die in veel gevallen klein van omvang is. Om die reden zullen zij minder snel een bijdrage leveren aan sociale wijkteams, maar worden zij eerder in deze teams als specialist ingevlogen als bijvoorbeeld huisuitzetting dreigt.
Instellingen voor maatschappelijke en vrouwenopvang hebben nu te maken met bezuinigingen in de Wmo. Deze worden deels veroorzaakt door bezuinigingen op het Gemeentefonds en deels ook door de invoering van nieuwe verdeelsleutels voor de decentralisatie uitkeringen maatschappelijke opvang en vrouwenopvang. Men verwacht verdere bezuinigingen vanwege de kortingen waarmee de decentralisaties gepaard gaan.

7.5 Wijze van voorbereiding en samenwerking

De wijze waarop de instellingen zich voorbereiden op de veranderingen, verschilt sterk. De voorbereiding is afhankelijk van eerdere bezuinigingen (met een eventuele reorganisatie tot gevolg), (verwachtingen over) het gemeentelijke beleid en de kansen die men voor de eigen organisatie ziet. Een belemmering in de voorbereiding is dat sommige gemeenten in de overgangsperiode (zeer) kortdurende contracten afsluiten met instellingen WMD. Contracten van een half jaar of een jaar komen voor. Dergelijke korte contracten belemmeren welzijnsinstellingen om een stabiel meerjarenbeleid te voeren.

Personeelsbeleid
De instellingen hebben in de afgelopen jaren al te maken gehad met bezuinigingen, waardoor personeel is ontslagen en/of de flexibele schil kleiner is geworden. Vanwege de onduidelijkheid over het gemeentelijk beleid zijn instellingen nog voorzichtig in het aanbieden van vaste contracten.

Opleidingsbeleid
Instellingen, vooral binnen het brede welzijnswerk, nemen maatregelen om, met het oog op de transities, hun personeel bij te scholen. Hierbij gaat het vooral om kennis over de problematiek van de nieuwe doelgroepen, hun ondersteuningsbehoefte en waar men terecht kan voor passende hulp/zorg. Ook worden zij getraind in het toepassen van Welzijn Nieuwe Stijl op deze nieuwe doelgroepen. Om over deze kennis te beschikken, verzorgen zij interne cursussen, intervisie en/of huren zij via detachering medewerkers van zorginstellingen in.

Samenwerking met andere aanbieders
Instellingen zowel binnen het brede welzijnswerk als de maatschappelijke opvang, zoeken samenwerking met andere partijen. De instellingen zoeken vooral samenwerking met collega-organisaties, GGZ-instellingen, gehandicaptenzorginstellingen en thuiszorgorganisaties[1]. Daarnaast vindt ook samenwerking plaats met scholen, wijkcentra en bedrijfsleven om locaties te delen en/of inhoudelijk samen te werken.
Een aantal WMD organisaties maken onderdeel uit van een bredere zorginstelling. Zij zoeken de samenwerking niet extern, maar richten zich op een verdergaande en meer afgestemde interne samenwerking binnen een concern.

Opzetten nieuw aanbod
Instellingen ontwikkelen nieuw aanbod om tegemoet te komen aan de veranderende vraag. Nieuw en/of vernieuwd aanbod ontstaat door samenwerking met andere partijen, deelname aan pilots en experimenten en door het bestaande aanbod aan te passen aan de nieuwe eisen (nieuwe doelgroep, meer collectief, meer inzet van vrijwilligers).
Welzijnsinstellingen verschillen in de mate waarin zij zich profileren met (nieuw) aanbod. Sommige gaan het gesprek met de gemeente aan en proberen hun meerwaarde duidelijk te maken. Andere instellingen zijn meer afwachtend, en gaan pas hun aanbod bepalen nadat de beleidskeuzen van de gemeente helder zijn. Naast inhoudelijke expertise en kennis is het goedkoper kunnen aanbieden van bepaalde diensten volgens welzijnsinstellingen een onderdeel van de meerwaarde.

Gebouwenbeheer
Binnen het brede welzijnswerk zijn in de afgelopen jaren al veel gebouwen afgestoten. Binnen de maatschappelijke opvang geldt dit minder. Naar verwachting moeten locaties voor bijvoorbeeld dagbesteding gesloten gaan worden. Instellingen onderzoeken op welke wijze zij met de exploitatie van de gebouwen om kunnen gaan.

7.6 Concurrentie

Concurrentie kan een bedreiging vormen voor WMD organisaties, vooral voor de brede welzijnsinstellingen. Zij zullen concurrentie ervaren vanuit AWBZ-aanbieders, vooral de thuiszorg. Voor de maatschappelijke opvang geldt dat zij een specifieke doelgroep bedienen met een aanbod op maat, waardoor concurrentie in mindere mate zal spelen dan bij brede welzijnsinstellingen.

Verschillende factoren zijn bepalend voor de mate waarin welzijninstellingen concurrentie zullen ervaren. Bijvoorbeeld de vraag of gemeenten (maatschappelijk) gaan aanbesteden of subsidierelaties aangaan. Bij aanbesteden kan het lastig zijn voor welzijnsinstellingen om hun marktaandeel te behouden en/of te vergroten. Zeker nadelig is het voor de sector als blijkt dat gemeenten zorg en dienstverlening vooral bij de huidige AWBZ-zorgaanbieders willen inkopen omdat zij ervaring met en kennis over de nieuwe doelgroepen hebben.

De huidige relatie tussen de gemeente en de welzijnsinstelling is hierbij belangrijk. Als de welzijnsinstelling een goede gesprekspartner van de gemeente is en er sprake is van onderling vertrouwen, is de kans groter op het behoud van de samenwerking.

[1] Participatie onder druk, Bureau Bartels, 2012

Een belangrijke kracht van welzijnsinstellingen is dat zij bepaalde voorzieningen goedkoper kunnen aanbieden dan aanbieders. Als voorbeeld wordt bijvoorbeeld thuisbegeleiding genoemd[1]. Sommige welzijnsinstellingen gebruiken dit gegeven om zich te profileren.

7.7 Effecten voor werknemers

In de afgelopen jaren zijn door de bezuinigingen al veel ontslagen gevallen, en ook nu is de toekomst voor medewerkers niet zeker. Ondanks cursussen en intervisie is de verwachting dat niet alle medewerkers in de veranderingen mee kunnen gaan, en dat er op termijn afscheid van hen genomen zal moeten worden. Medewerkers zien weinig kansen op de markt en daardoor is de arbeidsmobiliteit laag.

Heroriëntatie beroepsgroepen

Er vindt een heroriëntatie plaats van de huidige beroepsgroepen binnen het sociale werk, waarbij in toenemende mate een overlap ontstaat tussen voorheen gescheiden beroepsgroepen[2]. Er ontwikkelen zich mengvormen waarbij de ene professional meer vanuit het perspectief van het individu en zijn netwerk (individuele hulp- en dienstverlening) acteert, terwijl de andere meer vertrekt vanuit het perspectief van het collectief en de samenleving (samenlevingsopbouw).

Vraag naar verschillende functieniveaus

Binnen het brede welzijnswerk werkt vooral hoger opgeleid personeel (HBO, HBO plus). Naar verwachting zal het werk op dit niveau behouden blijven. Binnen de maatschappelijke opvang kijken sommige instellingen naar mogelijkheden tot functiedifferentiatie, waarbij bepaalde taken worden overgenomen door lager opgeleid personeel (om zo te komen tot lagere tarieven). Een dergelijke functiedifferentiatie kan volgens de instellingen alleen binnen collectieve voorzieningen.
Aan de vraag naar lager opgeleid personeel kan worden voldaan door werklozen met een relevante opleiding in te zetten. Men verwacht dat hiervoor voldoende personeel te vinden is. Men verwacht verder dat op aanpalende terreinen zoals administratieve ondersteuning veel personeel nodig zal zijn.

Veranderingen in de inhoud van het werk

De inhoud van het brede welzijnswerk zal veranderen. Zo zal er gewerkt moeten worden met nieuwe doelgroepen. Ook moeten de medewerkers kunnen signaleren en agenderen en weten naar welke andere partijen zij klanten door kunnen verwijzen. Samenwerken met andere partijen wordt in toenemende mate van belang. En meer dan voorheen worden de medewerkers een 'visitekaartje' van de organisatie, die in het kader van samenlevingsopbouw soms ook moeten 'solliciteren' om met wijkbewoners aan de slag te kunnen gaan.

Voor de maatschappelijke opvang geldt niet dat zij te maken krijgen met nieuwe doelgroepen, wel moeten sommige medewerkers meer ervaring opdoen met Welzijn Nieuwe Stijl en in sommige gevallen samenwerken binnen multidisciplinaire teams.

[1] Tarieven voor individuele begeleiding variëren van 45-90 euro per uur. Welzijnsinstellingen vallen in het goedkopere segment, maar aanbieders kunnen hun tarieven korten door met lager geschoold personeel te gaan werken. Belangrijke vraag hierbij is hoe gespecialiseerd de gemeente wil dat de begeleiding is.

[2] Sprinkhuizen, A., M. Scholte (red.) 2012, De sociale kwestie hervat – De Wmo en sociaal werk in transitie, Bohn Stafleu van Loghum

Veranderingen in de arbeidsvoorwaarden
Het werk zal in toenemende mate ambulant plaatsvinden. Medewerkers krijgen hun eigen dossiers en kunnen zelf hun werk plannen. Voor medewerkers die werkzaam waren binnen collectieve voorzieningen, betekent dit een grote wijziging. Zij krijgen hun eigen klanten, moeten hun eigen uren inplannen en zelfstandig problemen (bijvoorbeeld een agressieve klant) oplossen.

7.8 Effecten voor de instellingen en de branche

Brede welzijnswerk
De drie transities worden als een kansrijke ontwikkeling gezien voor de WMD. De WMD organisaties vinden over het algemeen dat de transities goed aansluiten bij de bestaande kennis en expertise binnen hun sector. Zij hebben onder meer ervaring met het versterken van de eigen kracht van burgers, het coördineren van vrijwillige inzet en het organiseren van collectieve voorzieningen. Zij zien de transitie dan ook als kans om bestaande activiteiten uit te breiden, nieuwe activiteiten te ontplooien en nieuwe cliëntgroepen te bedienen en zo hun positie op het lokale speelveld te verstevigen.
Of deze kansen ook daadwerkelijk tot groei leiden, is niet duidelijk. Het kan zijn dat de huidige bezuinigingen op het welzijnswerk worden doorgezet. Het is ook mogelijk dat op korte termijn lichte groei plaatsvindt, door een toename van het aantal cliënten. Instellingen zullen dan met hetzelfde personeel meer werk moeten doen, waardoor de werkdruk zal toenemen. Op termijn, wanneer gemeenten ervaring hebben opgedaan met de nieuwe doelgroepen, kan een sterkere groei plaatsvinden. Het brede welzijnswerk zal wel moeten concurreren met de huidige AWBZ-aanbieders.
Medewerkers in de subbranche zijn vooralsnog weinig mobiel. Het imago van het werk zal mogelijk verbeteren doordat het welzijnswerk ook zwaardere doelgroepen gaat bedienen.

Maatschappelijke opvang
Ook de maatschappelijke opvang kan getroffen worden door de bezuinigingen. Ook deze subbranche is in grote mate afhankelijk van gemeentelijke keuzen. Sommige gemeenten bezuinigen, anderen investeren tot wel 25 procent aan extra gelden. Over het geheel genomen is er binnen de MO eerder kans op afname van het personeel dan toename. Veel maatregelen treffen de maatschappelijke opvang, want zij bieden beschermd wonen, extramurale begeleiding, persoonlijke verzorging en verpleeghuisbedden. De verwachting is dat locaties MO (inloopcentra en dagbesteding) zullen worden gesloten, ook zullen programma’s dagbesteding worden gestopt. De dure 24-uurs voorzieningen, crisisdiensten en nachtopvang zullen worden afgebouwd. Een en ander zal meer worden uitgebreid of omgebouwd tot begeleid wonen, waarbij er alleen verpleging overdag is en voor ’s nachts voor een ander type beveiliging wordt gekozen.
Er zijn al signalen dat instellingen binnen de maatschappelijke opvang in de rode cijfers staan, maar niet dat zij omvallen. Ook neemt het aantal fusiebewegingen toe, zowel met soortgelijke instellingen als met organisaties uit aanpalende terreinen. Deze ontwikkeling zal naar verwachting doorgaan.
Het imago in de branche blijft naar verwachting gelijk. De maatschappelijke opvang heeft een duidelijk profiel en is een nichemarkt waar medewerkers expliciet voor kiezen.

8 Visie respondenten branche jeugdzorg

Dit hoofdstuk bevat specifieke onderzoeksresultaten voor de branche Jeugdzorg. De resultaten zijn gebaseerd op gesprekken met betrokken partijen en op publicaties[1]. Aanbieders[2] in de branche vormen de belangrijkste bron van informatie. Omdat met een beperkt aantal aanbieders gesproken is, is het beeld mogelijk niet representatief. Vanwege de grote verschillen tussen aanbieders, zal ook niet iedere aanbieder zich erin herkennen. In het hoofdstuk is achtereenvolgen aandacht voor:

1. Algemene introductie van de branche
2. Meest ingrijpende maatregelen
3. Verwachtingen van het gemeentelijk beleid
4. Verwachte verandering in de vraag naar diensten
5. Wijze van voorbereiding en samenwerking
6. Concurrentie
7. Effecten voor werknemers
8. Effecten voor instellingen en de branche.

8.1 Introductie van de branche

Jeugdzorg richt zich op het veilig opgroeien van de jeugd, waarbij zorg wordt verleend aan zowel kinderen als hun ouders.

Het zorgaanbod

Jeugdzorg wordt geleverd door Jeugd & Opvoedhulporganisaties en door de Bureaus Jeugdzorg, waarbij deze laatste ook de toegang regelt. De zorg kan zowel intramuraal als extramuraal geleverd worden. Ook is er een onderscheid tussen vrijwillige en onvrijwillige jeugdzorg, waarbij er sprake is van een jeugdbeschermings- of jeugdreclasseringsmaatregel.
Jeugdzorg wordt nu nog geregeld in de Wet op de jeugdzorg uit 2005. Inmiddels is er een wetsvoorstel voor een nieuwe Jeugdwet (zie paragraaf 2.2).

Jeugdzorg wordt ook aangeboden vanuit de AWBZ in de sectoren GGZ en jeugd-lvb. Deze sectoren laten we in dit hoofdstuk echter buiten beschouwing, omdat deze zijn meegenomen bij respectievelijk de sectoren GGZ en de GHZ.

We onderscheiden in dit hoofdstuk de volgende subbranches, met de daarbij behorende producten/diensten:

- Bureau Jeugdzorg: indicatiestelling, kortdurende ambulante hulp, jeugdbescherming, jeugdreclassering, crisisteams, Algemeen Meldpunt Kindermishandeling (AMK) en de Kindertelefoon.
- Jeugd- en opvoedhulp: ambulante begeleiding, dagbehandeling, pleegzorg en verblijf, gesloten jeugdzorg.

[1] Jeugdzorg Nederland geeft aan het geschetste beeld niet representatief te vinden en hiervoor geen verantwoordelijkheid te nemen. Met name omdat het de onderzoekers niet gelukt is de positie van organisaties voor Jeugd & Opvoedhulp voldoende mee te nemen. Daarmee komen ook de gevolgen van de stelselwijziging voor deze organisaties, die naar de mening van Jeugdzorg Nederland aanzienlijk kunnen zijn, onvoldoende naar voren.

[2] Zoals eerder generiek aangegeven: aanbieders wordt in het rapport veelal als containerbegrip gebruikt. Binnen de Jeugdzorg worden daarmee dus ook de Bureaus Jeugdzorg bedoeld.

Werkgelegenheid

De (ontwikkeling van de) werkgelegenheid in de branche jeugdzorg is als volgt beknopt te beschrijven:

- De omvang van de werkgelegenheid in de jeugdzorg is in 2012 zo'n 27.000 FTE.
- Het aandeel van de branche jeugdzorg in de werkgelegenheid in de totale sector zorg en WJK bedraagt in 2012 ruim 3 procent (in FTE).
- De jaarlijkse groei van het aantal FTE's in de JZ ligt in de periode 2009 tot en met 2012 tussen de -4,9 en 9,9 procent.
- In vergelijking tot andere branches is de gemiddelde leeftijd van de werknemers erg laag. Het aandeel 55-plussers neemt wel sterk toe.[1]

8.2 Meest ingrijpende maatregelen

De maatregel waar de jeugdzorg mee geconfronteerd wordt is de decentralisatie van alle vormen van jeugdhulp en jeugdzorg. Hierbij verandert het wettelijk kader en de financiering: die komt bij de gemeenten te liggen (zie ook paragraaf 2.2). Daarbij valt ook een deel (15 procent) van de financiering weg.

Deze 15 procent is van toepassing op het volledige jeugddomein (dus inclusief jeugd-GGZ en Jeugd-LVB). Het is de verwachting dat er voor de branche jeugdzorg meer financiering wegvalt dan in andere delen van het jeugddomein.

8.3 Verwachtingen omtrent gemeentelijk beleid

Het beleid van de gemeenten is voor de jeugdzorginstellingen nog grotendeels onbekend. Algemeen wordt uitgegaan van een sterkere inzet van gemeenten op de eerste lijn, en dat dit meer integraal zal worden opgepakt. De sector wil graag een rol spelen in deze eerste lijn, maar concrete toezeggingen van gemeenten zijn er nog niet of nauwelijks. Onduidelijk is of de jeugdzorg zelf in de eerstelijn/ in het wijkteam betrokken zal worden, of dat er slechts zal worden doorverwezen vanuit de eerste lijn.

De instellingen maken zich zorgen over hoe gemeenten uitvoering zullen gaan geven aan hun taken op het gebied van jeugd. Zo wordt verwacht dat om de bezuinigingen te realiseren de tarieven omlaag zullen gaan, en/of dat gemeenten in de eerste lijn en toegang gaan werken met (goedkopere) welzijnswerkers, in plaats van met geregistreerde jeugdzorgwerkers.

Op 31 oktober, als de gemeenten hun transitieplannen moeten indienen, komt er meer duidelijkheid over deze zaken.

8.4 Verwachte veranderingen in vraag naar diensten

Het is de instellingen nog niet duidelijk welke producten en diensten van hen gevraagd gaan worden. Wel zijn ze zich aan het beraden op het aanbod dat ze in de markt willen zetten. Zoals het er nu naar uitziet, wordt preventie niet ondergebracht in de jeugdwet. Verder is de verwachting dat het lichtere aanbod niet meer vanuit de tweede lijn zal worden geleverd. De grote vraag hierbij is welke rol de huidige aanbieders in levering van lichtere zorg in de eerste lijn zullen gaan krijgen. Wordt dit door gemeenten met welzijnswerkers opgepakt, of gaat men

[1] Bron: Panteia, Seor en Etil op basis van SSB, PGGM.

hiervoor toch de expertise van jeugdzorgspecialisten inhuren? De sector streeft ernaar dat hun kennis wordt geïntegreerd in het aanbod van de eerste lijn, maar vraagt zich wel af of gemeenten bereid zijn hier voor te betalen (er zit wel een 'prijskaartje' aan).

De verwachting is verder dat er straks om een meer integraal aanbod gevraagd zal worden door gemeenten, met name om meer integraliteit tussen de branches jeugdzorg, GHZ en GGZ. Of hier ook de V&V en thuiszorg bij betrokken zullen worden en hoe gemeenten de inkoop hiervan gaan vormgeven is nog onduidelijk. In ieder geval is een deel van de gemeenten voornemens om zorg voor jeugd apart te organiseren, wat overigens onverlet laat dat er sprake moet zijn van 'één gezin, één regisseur, één plan'. De jeugdzorg ziet juist daarom kansen voor dienstverlening in deze eerstelijn: er wordt in deze branche al gewerkt met een aanpak gericht op het hele gezin. Daarbij plaatst Jeugdzorg Nederland wel de kanttekening dat deze kansen alleen gelden voor die gemeenten die ervoor kiezen om jeugd apart te organiseren. En ook in deze gevallen blijft sprake van verschuiving naar de voorkant en dus onzekerheid.

Voor de Bureaus Jeugdzorg is het duidelijk dat zij hoogstwaarschijnlijk hun taken op het gebied van toegangsverlening, AMK en kindertelefoon kwijt zullen raken. De meeste Bureaus Jeugdzorg willen (in welke organisatievorm dan ook) hun taken in de Jeugdbescherming behouden. Waar echter wel twijfel over is, is hoe dit zal samenhangen met taken op het gebied van de crisisdienst en het vrijwillige kader. Sommige bureaus jeugdzorg willen werken (of werken al) met gezinsmanagers. In deze functie worden in ieder geval het vrijwillige kader, jeugdbescherming en jeugdreclassering gebundeld. Daarbij gaan stemmen op om ook de crisisdienst en het onderzoeksstuk in het AMK daarbij te voegen. Het is echter nog niet duidelijk of de gemeenten inderdaad om dit dienstenpakket gaan vragen.

8.5 Wijze van voorbereiding en samenwerking

Personeelsbeleid

De instellingen zijn de afgelopen jaren al bezig geweest met het opbouwen van een flexibele schil van tijdelijke contracten en (waar mogelijk) zzp'ers. Er is de afgelopen jaren echter ook al door veel jeugdzorginstellingen bezuinigd, waardoor er nog maar weinig over is van de flexibele schil. Op dit moment zit de arbeidsmarkt 'op slot', het natuurlijk verloop is nul.

Opleiding en professionalisering

Naast de veranderde financieringsstructuur speelt ook het thema 'professionalisering' in de jeugdzorg. Vanaf 1 januari 2014 mogen organisaties alleen nog maar werken met geregistreerde professionals. Dat geldt voor alle (typen) organisaties binnen de jeugdzorg, dus zowel de Bureaus Jeugdzorg als de Jeugd- en Opvoedhulporganisaties. Een organisatie kan alleen van deze norm afwijken als hij kan aantonen dat dit niet ten koste gaat van de kwaliteit van de zorg. Doel is verbeteren van de kwaliteit en het vergroten van de professionele autonomie.

Alle instellingen zijn bezig met de professionaliseringsslag: enerzijds door werknemers te registreren (na eventuele bijscholing en/of EVC, ervaringscertificaat) en anderzijds door ze voor te bereiden op een ander type organisatie, waarin meer zelfstandigheid, meer flexibiliteit en meer proactiviteit van hen verwacht wordt. Een Bureau Jeugdzorg heeft alle specialisten in de Jeugdbescherming omgeschoold tot één functie: gezinsmanager. Dit is een generalistische specialist die zich op het gehele gezin richt. Dit vanuit het idee dat het 'één gezin, één regisseur, één plan'-principe niet alleen voor de eerste maar ook voor de tweede lijn moet gelden.

De proactiviteit van de medewerkers om opleidingen te volgen en op-, om- of bij te scholen

verschilt per organisatie en hangt vaak samen met de leeftijd van personeelsleden (oudere werknemers zijn vaak minder gemotiveerd om cursussen te doen, zij zitten meer 'vastgeroest'). De instellingen zelf geven aan dat ze zeer actief de medewerkers aansporen om gebruik te maken van de opleidingsmogelijkheden.

Samenwerking

Er is sprake van meer samenwerking tussen aanbieders, ook op casusniveau, en tussen verschillende branches. Ook wordt er samenwerking gezocht met gemeenten, CJG's, politie, justitie, onderwijs, GGD en de Raad voor Kinderbescherming.
De Bureaus Jeugdzorg waarmee in dit onderzoek gesproken is, onderhouden intensieve contacten met gemeenten over wat zij kunnen betekenen bij de toekomstige hulpverlening in de eerste lijn en hoe hun expertise daar kan worden ingebracht. De betreffende bureaus acht dit noodzakelijk om het mogelijk te maken om de instroom in de tweede lijn te beperken en probeert gemeenten hiervan te overtuigen.
Men richt zich tevens op samenwerking met de (jeugd) GGZ en GHZ, aangezien het de bedoeling van de transitie is dat de schotten tussen deze sectoren verdwijnen. Er zijn ook al concrete voorbeelden van fusies (bijvoorbeeld Stichting Jeugdformaat in de regio Haaglanden en Pactum Jeugdzorg en Educatie in Arnhem). Of er straks ook zal worden samengewerkt met aanbieders van thuiszorg en V&V is nog onzeker.
Daarnaast wordt er ook gekeken of bepaalde zaken als ICT gezamenlijk opgepakt kunnen worden, zodat dit per saldo voor de instellingen goedkoper wordt.

Aanpassen van dienstenpakket

De aanbieders beraden zich op het ontwikkelen van product-markt-combinaties. Daarbij moeten zij beslissen of zij hun aanbod gaan verbreden, en meer generalistisch gaan werken, of zich juist gaan specialiseren en richten op een niche. De instellingen maken de keuze of zij wel of niet nadrukkelijk in de eerste lijn actief willen worden.
Sommige BJZ's richten zich primair op de jeugdbeschermings- en jeugdreclasseringstaken, andere willen ook taken in de eerste lijn behouden en zetten daarop in. De inzet in de eerste lijn kan ook een meer coachend karakter hebben, waarbij de eerstelijnsmedewerkers worden geadviseerd, en de zorg vanuit de tweedelijn wordt verleend op het moment dat de eerste lijn het niet aankan.
Bureaus jeugdzorg zijn er veelal van overtuigd dat er bij een goede aanpak minder (dure) gedwongen hulpverlening plaats hoeft te vinden. Er kan dan meer met 'slechts' drang of zelfs op vrijwillige basis gebeuren. Hierbij zouden de gezinscoaches een duidelijke rol kunnen spelen, door met korte intensieve trajecten escalatie te voorkomen.

8.6 Concurrentie

Er wordt vooral concurrentie verwacht in het licht ambulante werk (preventie en begeleiding) en in de eerste lijn,. Naar verwachting zal voor dit werk geconcurreerd gaan worden met de WMD, GGZ, GHZ maar ook met zzp'ers. Als er wordt gevraagd om een pakket van integrale, lichte zorg, is ook concurrentie mogelijk met de thuiszorg. Zo heeft thuiszorgorganisatie Buurtzorg ook een concept Buurtzorg Jong ontwikkeld. Meer van deze constructies zijn niet ondenkbaar.

Op het gebied van jeugdbescherming en jeugdreclassering verwachten de meeste Bureaus Jeugdzorg vooralsnog geen concurrentie. Op dit moment kunnen alleen de medewerkers van de Bureaus Jeugdzorg deze taken uitvoeren. Het is niet de verwachting dat de Bureaus Jeugdzorg van de toekomst (in welke organisatievorm dan ook) elkaar gaan beconcurreren. Wanneer

de overheid er echter voor kiest om te gaan werken met een kleiner aantal gecertificeerde instellingen zullen de huidige Bureaus Jeugdzorg zich wel op elkaars werkgebied moeten gaan begeven. In dat geval ligt samenwerking tussen (voormalig) BJZ's echter meer voor de hand.

8.7 Effecten voor werknemers

Zowel BJZ's als aanbieders moeten 'professionaliseren'. In de toekomst dienen medewerkers geregistreerde professionals te zijn inclusief opleidingseisen, beroepscodes en tuchtrecht.

Men gaat ervan uit dat er meer ambulant en meer zelfstandig gewerkt zal moeten worden door de medewerkers in de jeugdzorg. Men moet zich proactief en flexibel opstellen en samenwerking zoeken en afstemmen met andere partijen (bijvoorbeeld GGZ, GHZ, etc.). Dit alles vereist andere competenties dan tot nu toe vaak nodig waren. Zeker het verschil met residentieel werken waar men terug kan vallen op collega's, is groot. Meer zelfstandigheid en ondernemerschap is vereist, en dit kan (nog) niet iedereen. Indien de jeugdzorgwerkers worden opgenomen in een generalistisch wijkteam, is ook een bredere kennis over de andere branches nodig. Meer nog dan nu het geval is, zal er ook sprake zijn van uit huis werken door jeugdzorgmedewerkers.

Hoewel de gevraagde kwalificaties zullen toenemen, is dat waarschijnlijk niet het geval voor de arbeidsvoorwaarden. Ook kan de werkdruk aanzienlijk hoger worden: het werk moet gedaan blijven worden en het aantal cliënten is niet van vandaag op morgen afgebouwd. Het beschikbare budget wordt wel snel minder. Daarbij worden er geen vast contracten meer gegeven waardoor de medewerkers geen zekerheid hebben.

De verwachting is dat hoe dan ook een deel van de medewerkers hun baan zal kwijtraken. Dit geldt zowel voor medewerkers in het primaire proces als voor de overheadfuncties, waarbij deze laatste groep mogelijk het sterkst wordt geraakt. Relatief gezien zullen meer MBO-ers dan HBO-ers hun baan kwijt raken (in absolute zin zijn het vooral de HBO-ers, aangezien dit de grootste groep is). Omdat de flexibele schil bij veel ondernemingen al weg is zullen afvloeiingen alleen kunnen plaatsvinden door ontslagen.

Het is nog onduidelijk in hoeverre personeel dat moet afvloeien bij de instellingen elders in het proces kan instromen, bijvoorbeeld in de eerste lijn of in integrale wijk- en buurtteams. Vanwege hun integrale blik op het gezin (problemen met jongeren hangen immers vaak samen met problematiek in het hele gezin) worden jeugdzorgwerkers veelal gezien als de ideale generalist voor een buurtteam. Het is echter de vraag of de gemeenten daadwerkelijk deze duurdere krachten willen inzetten in de eerste lijn. Personeel op het gebied van jeugdbescherming en jeugdreclassering lijkt meer verzekerd van werk. Zij zijn als gecertificeerde en geregistreerde krachten immers de enigen die deze taken mogen vervullen, bij een BJZ of een andere organisatievorm. Zij hebben dus geen baangarantie, maar wel meer zekerheid op het behoud van werk.

8.8 Effecten voor de instellingen en de branche

De veranderde financieringsstructuur zal vooral voor de BJZ's grote gevolgen hebben. Zij worden op dit moment nog door de provincies gefinancierd. Deze financiering zal helemaal wegvallen, zonder dat er duidelijkheid is hoe de taken die de BJZ's nu doen in de toekomst zullen worden ingericht. Mogelijk zal een deel van de taken bij aanbieders van welzijns- en Wmo-diensten komen te liggen. Het AMK zal samengevoegd worden met het Steunpunt Huiselijk

Geweld en de kindertelefoon gaat over naar een landelijke stichting. Daarnaast zal in alle gevallen behoefte zijn aan gecertificeerde instellingen voor jeugdbescherming en jeugdreclassering. Op korte termijn zal het daarbij zeer waarschijnlijk gaan om bestaande gecertificeerde instellingen en is er dus zekerheid. Op lange termijn zijn andere gecertificeerde instellingen als aanbieder niet uitgesloten. Kortom: het voortbestaan van de BJZ's is niet tot in lengte van dagen gegarandeerd. De jeugd- en opvoedhulporganisaties operen nu al in een concurrerende markt en bevinden zich dus mindere mate in onzekerheid over hun voortbestaan (c.q. hebben met andere onzekerheden te maken, namelijk met betrekking tot de vraag naar hun diensten).

De huidige instellingen zijn erg pessimistisch over de omvang van hun personeelsbestand in de toekomst. Hun verwachting is dat er vooral afbouw zijn van werkgelegenheid in de residentiële zorg (MBO-ers) en bij de Bureaus jeugdzorg (HBO'ers). BJZ's verwachten met minimaal 30-40 procent te krimpen in personeel (sommigen hebben het zelfs over 50-60 procent), aanbieders van Jeugd- en Opvoedhulporganisaties met 20-30 procent.

Bij de effecten op werkgelegenheid zal het deels gaan om een afname van werkgelegenheid op macroniveau, maar deels ook om een verschuiving waarbij medewerkers mogelijk aan de slag kunnen in het sociale domein of in een nieuw op te zetten eerste lijn. Dit zal afhankelijk zijn van hoe gemeenten de toegang en de eerste lijn gaan organiseren. Huidige medewerkers in de toegang en in het vrijwillige kader kunnen misschien bij gemeenten aan de slag, of hun baan behouden als de gemeente deze functies gaat inkopen. Ook zijn er verschuivingen mogelijk van medewerkers naar andere jeugdzorgaanbieders, afhankelijk van de keuzes die instellingen maken voor bepaald aanbod of specialisatie.
Over dergelijke verschuivingen moeten dan wel goede afspraken gemaakt (kunnen) worden. Gezien de druk op de prijzen kunnen deze verschuivingen volgens Jeugdzorg Nederland nog wel eens lastig worden. Zullen medewerkers als ze al ergens anders terecht kunnen, salaris moeten inleveren? Een op 4 juli 2013 aangenomen motie in de Tweede Kamer stelt dat VWS over (de bestendiging van) de arbeidsvoorwaarden voor jeugdzorgmedewerkers met VNG in gesprek moet gaan.[1]

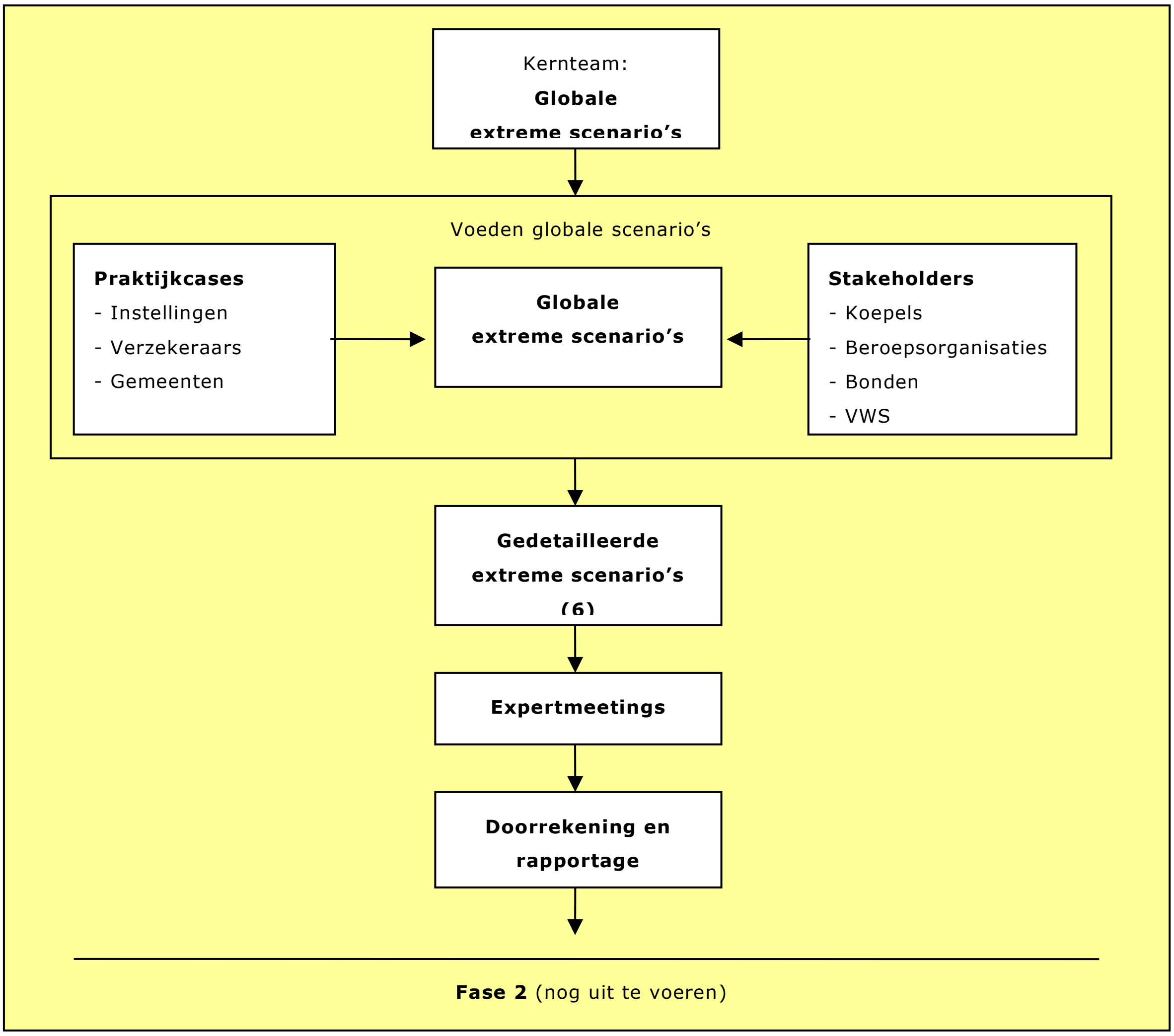
Overige effecten die worden genoemd zijn:
- Er wordt een verdere ontschotting verwacht tussen de sectoren jeugdzorg, GGZ en GHZ.
- Er zullen zeer hoge frictiekosten zijn, niet alleen voor gebouwen, maar ook voor personeel.
- Omdat er in de sector nu niemand wordt aangenomen, vinden net afgestudeerden geen baan, met het gevolg dat er geen nieuwe kennis instroomt.
- Tot slot kan de transitie gunstige effecten hebben op het imago van de branche. Op dit moment heeft het systeem rond de jeugdzorg een slechte naam. Op persoonlijk (medewerkers) niveau is het vaak wel beter. Een stelselwijziging geeft een signaal van vernieuwing af en het werk wordt mogelijk interessanter (meer ambulant en zelfstandig werken, etc). De signalen van ontslagen en verslechterde arbeidsomstandigheden kunnen deze (mogelijke) positieve impuls echter teniet doen.

[1] Kamerstuk 31 839, Jeugdzorg Nr. 300, Motie van de leden Bergkamp en Ypma.

BIJLAGE I Onderzoeksverantwoording Fase 1

Onderzoeksopzet fase 1 op hoofdlijnen

Figuur B1.1 Opzet van Fase 1 van het onderzoek op hoofdlijnen



Voorbereiding door kernteam: opstellen globale scenario's

Deze stap van het onderzoek heeft een eerste basis gelegd voor de op te stellen extreme scenario's. Samen met een kleine kerngroep van onafhankelijke externe experts (zie ook bijlage 2) zijn de ingrediënten van de scenario's en besproken en globale scenario's ontwikkeld die in de vervolgstappen van dit onderzoek zijn/worden aangevuld en ingevuld.

Gestart is met deskresearch (zie voor een literatuurlijst bijlage 3).

Een volgende stap was het vaststellen van de relevante variabelen (i.e. factoren die van invloed zijn op de arbeidsmarkt. Er zijn veel factoren bepalend voor de effecten die de diverse maatregelen zullen hebben op de arbeidsmarkt. Ten eerste de wijze waarop betrokken partijen zoals gemeenten, aanbieders en zorgverzekeraars gaan reageren op deze maatregelen. Ook andere factoren, zoals autonome ontwikkelingen die losstaan van de maatregelen, zijn van invloed. Voorafgaand aan het opstellen van scenario's is gekomen tot een globale afbakening van de variabelen die hier een rol in zouden krijgen

Met de gevonden factoren heeft het kernteam vervolgens een aantal globale scenario's opgesteld. Deze moesten helpen om het veld (praktijk en landelijke stakeholders) gericht te bevragen over een aantal belangrijke factoren. Er zijn zeven scenario's opgesteld. De in de scenario's geschetste toekomstbeelden voor de arbeidsmarkt in zorg en welzijn zijn extreem te noemen. Door deze extremiteit helpen de scenario's om mogelijke gevolgen van de ontwikkelingen zichtbaar te maken. Startpunt van de analyses en beschrijvingen is het zogenoemde nul-scenario. Het nul-scenario gaat uit van besteding van de budgetten volgens de huidige (2012) verdeling over taken en werkzaamheden, gecorrigeerd voor budgetaanpassingen/bezuinigingen/efficiencywinsten zoals aangegeven in Begrotingsakkoord 2013, Regeerakkoord Rutte II en Hoofdlijnenbrief. Daarbinnen werken we met twee dimensies die leiden tot andere prognoses op macro- en meso:

1. Integrale aanpak versus doelgroepgerichte aanpak
2. Budgettaire beslissingen (gemeenten): varianten op nul-scenario volgens Hoofdlijnenbrief zijn +10%, 0% (ongewijzigd t.o.v. nul-scenario) en -10% totaalbudget

Aangevuld leidt dit tot zes scenario's naast het nul-scenario. Daarnaast zijn er twee dimensies die voor het rekenwerk niet relevant zijn, maar wel voor de praktische uitwerking van de scenario's:

3. Afwachtende versus proactieve houding van de werknemer;
4. Brede versus gespecialiseerde instelling.

Case studies in de praktijk

In volgende branches zijn case studies op instellingsniveaus uitgevoerd:

- Gehandicaptenzorg Intramuraal/Extramuraal (8 cases)
- Combinatie Thuiszorg en V&V (9 cases)
- V&V (3 cases)
- Thuiszorg (6 cases)
- Geestelijke gezondheidszorg (4 cases)
- Welzijn en maatschappelijke dienstverlening (4 cases)
- Jeugdzorg (4 cases).

In totaal zijn 38 instellingen in het onderzoek betrokken (zie ook bijlage 2). Per instelling is gesproken met een:

- Bestuurder
- Manager HRM/P&O
- Vertegenwoordiger OR.

In totaal zijn dus 114 interviews op instellingsniveau afgenomen.

De kernvragen van elk interview waren welke veranderingen de aanbieder verwacht als gevolg van de transitie (of andere ontwikkelingen) en hoe de organisatie daarop inspeelt of in

wil gaan spelen. Te denken is hierbij aan effecten van het verdwijnen arbeidsplaatsen, (interne en externe) verschuivingen van medewerkers, veranderende eisen aan medewerkers etc. Het gaat hierbij om effecten op microniveau, d.w.z. op het niveau van een individuele aanbieder. Per branche heeft een rapportage plaatsgevonden voor intern gebruik.

Naast instellingen is ook gesproken met gemeenten en zorgverzekeraars.

De interviews hebben deels face-to-face, deels telefonisch plaatsvinden. Een overzicht van de geïnterviewde instellingen, gemeenten en zorgverzekeraars is te vinden in bijlage 2.

Consultatie landelijke stakeholders en deskundigen

Verder hebben gesprekken plaatsgevonden met landelijke stakeholders en deskundigen, te weten cliëntorganisaties (2), brancheorganisaties (6) en vakbonden (2). Centraal in deze gesprekken stonden de effecten op meso-/macroniveau, d.w.z. op het niveau van de branches respectievelijk de sector zorg en WJK als geheel.

Gespreksonderwerpen waren onder meer:
- Wat zijn mogelijke scenario's?
- Wat betekenen de scenario's in de praktijk voor de betrokken partijen?
- Welke arbeidsmarkteffecten verwacht de respondent van de globale scenario's (verdwijnen arbeidsplaatsen, verschuivingen, et cetera) en waarom?
- Welke knelpunten signaleert de respondent op dit moment?
- Welke knelpunten verwacht men?
- Welke rol kan de branche spelen om ongewenste effecten tegen te gaan?

De interviews hebben deels face-to-face, deels telefonisch plaatsvinden. Een overzicht van de geïnterviewde partijen is te vinden in bijlage 2.

Uitwerking scenario's

Mede op basis van de resultaten van de case studies en de consultatie van landelijke stakeholders en deskundigen zijn de globale extreme scenario's (zie hierboven) nader uitgewerkt tot meer gedetailleerde extreme scenario's.

Expertmeetings

De volgende stap in het onderzoek had tot doel op brancheniveau de gedetailleerde extreme scenario's te valideren en waar mogelijk verder te verfijnen. Met uitzondering van de jeugdzorg en de GGZ is voor elke branche een expertmeeting gehouden. Aan de expertmeetings namen onafhankelijke experts werkzaam bij kennis- en onderzoeksinstituten, wetenschappers en bestuurders van aanbieders, gemeenten en zorgverzekeraars deel. Een overzicht van de deelnemers is te vinden verderop in deze bijlage.
De meetings bestonden uit twee onderdelen. Het eerste deel was gericht op het gezamenlijk uitwerken van de extreme scenario's met specifieke implicaties voor de branche in kwestie. In het tweede deel kwamen de mogelijke effecten per extreem scenario aan de orde. Daarbij is per extreem scenario specifiek ingegaan op:

- Het verdwijnen van arbeidsplaatsen, uit welke branches, welke functies?
- Verschuivingen tussen branches;
- Veranderende vraag naar vaardigheden, functies, en opleidingen;
- Transitie-effecten
- Effecten op instellingsniveau.

Om te waarborgen dat de bijeenkomsten tot de gewenste opbrengst leidden en dat er optimaal gebruik wordt gemaakt van de deskundigheid van de diverse deelnemers, is gebruik gemaakt van het MeetingSphere systeem.[1]

Een overzicht van de deelnemers aan de expertmeetings is te vinden in bijlage 2.

Doorrekening

Op basis van de voorgaande stappen is voor het nul-scenario een eerste doorrekening gemaakt van de effecten. Voor de extreme scenario's is een indicatieve doorrekening gemaakt.

Rapportage

Vervolgens zijn de resultaten van fase 1 van het onderzoek neergelegd in voorliggende rapportage.

[1] MeetingSphere is een ICT-tool waarmee groepsinteracties efficiënt en effectief georganiseerd kunnen worden. Hierdoor is het mogelijk om met een groep snel en daadkrachtachtig te overleggen. In MeetingSphere wordt de door deelnemers ingevoerde informatie direct opgeslagen en inzichtelijk gemaakt. Ingevoerde informatie kan vervolgens worden bewerkt, gegroepeerd en/of geprioriteerd. Daarmee is MeetingSpheret een goed instrument om discussies te stroomlijnen en aan te sturen.

BIJLAGE II Begeleidingscommissie, experts, interviews

Begeleidingscommissie	
Johan Siegert	FCB
Paul de Jonge	Actiz
Jeanette Daggelder	GGZ Nederland
Berry Tijhuis	Jeugdzorg Nederland
Gijsbert Boggia	ABVAKABO FNV
Bert Steehouder	FBZ
Aaldert Mellema	CNV Publieke taak
Jaqueline den Engelsman	NU'91
Aloys Kersten	VWS Directie MEVA
Peter Kruithof	VWS Directie Langdurige Zorg
Menno Hoogendoorn	VWS Directie Maatschappelijke ondersteuning
Pieter van Winden	SZW Directie ASEA
Hein Mannaerts	CPB
Aart Bertijn	VGN
Hans de Vries	Onafhankelijk voorzitter
Sabrina Weij	Branchebelang thuiszorg

Externe experts kerngroep	
Monique Spierenburg	Vilans
Robin Colard	Linxx
Karel Haga	Gemeente Rotterdam

Deelnemers expertmeetings[1]	
Monique Spierenburg	Vilans
Robin Colard	Linxx
Sonja Liefhebber	Movisie
E. van Soelen	NU 91
Wim van der Hoorn	AbvaKabo FNV
Klaske van der Meulen	Ministerie VWS
Menno Hoogendoorn	Ministerie VWS
Aloys Kersten	Ministerie VWS
Johan Siegert	FCB
R. Rog	Actiz
Matthijs van Manen	ABVAKABO FNV
Marcel Mathijssen	MO groep
Bibi Prummel	FCB
Yvonne van Gilze	LOC

[1] De deelnemers aan de meetings hebben hun (persoonlijke) expertise ingezet. De onderzoekers hebben daar een 'gemiddeld beeld' uit afgeleid. Deelname aan de meetings impliceert geen ondersteuning van beleidsplannen of instemming met de afleiding van de onderzoekers.

René Verkuilen	Kwadraad
René Jakobsen	Zorgstroom
Gea Sijpkes	Humanitas
Ingrid Tromp	Hilverzorg
Ramses van Rijn	Careyn
Hans Helgers	De opbouw
Bas Bodzinga	Philadelphia
Jos Hubers	Stg Abrona

Aantal geïnterviewde instellingen	
GHZ Intra-/extramuraal	8
Thuiszorg gecombineerd met V&V	9
V&V	3
Thuiszorg	6
Jeugdzorg	4
GGZ	4
WMD	4

Overige geïnterviewde partijen	
VWS: – Directie Langdurige zorg – Directie Maatschappelijke ondersteuning	
Cliëntorganisaties: – CG raad, mede namens Platvorm VG – LOC	3
Brancheorganisaties: – GGZ NL – JZ Nl – VGN – Federatie Opvang – MO-groep	5
Vakbonden: – Abvakabo – CNV – Nu '91	3
Verzekeraars: – Achmea	1
Gemeenten: – Boxtel – Den Haag – Maastricht – Rotterdam – Wierden – Purmerend	6

BIJLAGE III Literatuur

Hieronder volgt een overzicht van relevante literatuur (beleidsdocumenten, rapporten, artikelen et cetera) vanaf 1 januari 2012. We pretenderen hierbij niet uitputtend te zijn.

- Abvakabo FNV (2013). Position paper hoofdlijnenbrief Van Rijn.
- ActiZ (2012). Het ActiZ Deltaplan Ouderenzorg.
- ActiZ (2012). Nadere duiding effecten Regeerakkoord Rutte II.
- ActiZ (2013). Handreiking sociale innovatie ouderenzorg.
- ActiZ e.a. (2012). De agenda voor de zorg.
- ActiZ e.a. (2013). Regie in eigen hand door persoonsgebonden en persoonsvolgende bekostiging.
- Algemene Rekenkamer (2012). Centra voor Jeugd en Gezin in gemeenten.
- Algemene Rekenkamer (2013). Budget decentralisatie jeugdzorg. Toets op de berekening.
- Altzheimer Nederland (2013). Brief aan VWS betreffende casemanager dementie.
- Artikel '65-jarigen leven langer zonder beperkingen maar meer met chronische ziekten', OP: cbs.nl, 6 september 2012.
- Artikel 'AxionContinu opent nieuw concept zorghotel', OP: zorgvisie.nl, 5 augustus 2013
- Artikel 'Bezuinigingen GGZ niet zonder risico', OP: nhg.nl, 26 april 2012.
- Artikel 'Bijna de helft verpleegkundigen vreest voor baan', OP: nursing.nl, 13 juni 2013.
- Artikel 'De drie decentralisaties in het sociale domein. Een overzicht in vogelvlucht', OP: movisie.nl, 14 januari 2013.
- Artikel 'De uitdagingen van de Participatiewet', OP: movisie.nl, 4 februari 2013.
- Artikel 'Gemeenten leveren 4 miljard in', OP: binnenlandsbestuur.nl, 31 oktober 2013.
- Artikel 'Mantelzorgvriendelijk personeelsbeleid werkt', OP: werkenmantelzorg.nl, 5 juni 2013
- Artikel 'Oud worden in luxe zorgvilla', IN: Het Financieele Dagblad, 23 juni 2013.
- Artikel 'Thuiszorg Amstelring stapt over op wijkteams', OP: zorgvisie.nl, 8 maart 2013.
- Artikel 'Transitie jeugdzorg. De feiten op een rij', OP: movisie.nl, 28 januari 2013.
- Artikel 'Trendwatch Zorgconsument 2012. Nederlander wil zelf beschikken over zijn zorgbudget', OP: actiz.nl, 14 maart 2013.
- Artikel 'Werknemers in de regio geraakt door regeerakkoord', OP: zorgzijnwerkt.nl, 9 april 2013.
- Artikel 'Wijzigingen AWBZ en Wmo', OP: movisie.nl, 30 januari 2013.
- Artikel 'Zorg en welzijn, kansen voor de arbeidsmarkt', OP: fcb.nl, 3 juli 2012.
- Bakker, C. (2013). Young onset dementia: Care needs & service provision.
- BDO (2013). Voortvarend en behoedzaam Onderzoek naar marktwerking in de zorg 2013.
- Berenschot (2013). De vergrijzing voorbij. Personele gevolgen zorgakkoord 2013 voor de ouderenzorg.
- Berenschot (2013). Drie transities. Eén perspectief.
- Berenschot (2013). Rapportage benchmark aanbieders van jeugd- en opvoedhulp 2013.
- Boer & Croon (2012). De toekomst van de aanbieders van jeugd- en opvoedhulp.
- Booz & Company (2012). Kwaliteit als medicijn. Aanpak voor betere zorg en lagere kosten.
- Bureau Bartels (2012). Participatie onder druk. Onderzoek naar bezuinigingen in Welzijn & Maatschappelijke Dienstverlening in relatie tot de transities.
- Buurtzorg Nederland e.a. (2012). Brief aan VWS over knip verpleging verzorging.
- CapGemini Consulting (2012). Evaluatie Experiment Van Werk Naar Werk. Eindrapportage december 2012.
- CBS (2012). De Nederlandse Samenleving 2012.

- Cebeon (2010). Monitor uitvoeringskosten Wmo.
- CPB (2013). CPB -policy brief -2013-01. De prijs van gelijke zorg.
- CPB (2013). Toekomst voor de zorg.
- EOHSP and NIVEL (2012). Home Care across Europe.
- Expertgroepen Preventie & Toegang, Voorzieningen en rol Vrijwilligers en Mantelzorgers, Resultaatgerichtheid en Verantwoording (2013). Adviezen decentralisatie AWBZ aan de gemeente Den Haag.
- Finance Ideas (2013). Financiële Zorgthermometer 2013 II.
- Gezamenlijke branches gespecialiseerde jeugdzorg (2013). Standpunten ten aanzien van Rapportage TSJ.
- GGZ Nederland (2012). Resultaten Quick scan II Bezuinigingsmaatregelen ggz.
- GGZ Nederland (2012). Factsheet extramuraliseren zzp's GGZ.
- GGZ Nederland (2012). Resultaten quick scan bezuinigingsmaatregelen GGZ.
- Gupta Strategists (2012). Care 2012. Stilte voor de Storm. Zicht op prestaties ouderen-zorg.
- Gupta Strategists (2012). Het sociale hart van zakelijk Nederland.
- HHM (2012). Verkenning AWBZ-functie extramurale persoonlijke verzorging.
- In voor Zorg (2013). Terug kijken naar resultaat. Rapportage retrospectieve analyse In voor Zorg.
- ING (2012). Zorgvisie 2020. Zorg(en) voor de toekomst.
- ING Economisch Bureau (2013). Themavisie Scheiden wonen zorg in AWBZ. Deel 1. Ouderenzorginstellingen.
- Jeugdzorg Nederland (2013). Brancherapportage Jeugdzorg 2011.
- K2 (2013). Transitie gemeentelijk sociaal domein.
- Kamerstuk 31 839, Jeugdzorg Nr. 300, Motie van de leden Bergkamp en Ypma.
- Kampen, T., I. Verhoeven en L Verplanke (red) (2013). De affectieve burger. Hoe de overheid verleidt en verplicht tot zorgzaamheid.
- KIWA (2013). Mogelijke effecten van bezuinigingen op huishoudelijke verzorging.
- LPGGZ (2013). Verbeter zorgsysteem en realiseer bezuinigingen.
- Medical Delta (2013). Grijs is niet zwart wit. Ambities van 55+.
- Meldpunt kruimelcontracten (2013). Uitbuiting en oplichting van oproepkrachten.
- Ministerie van BZK (2013). Decentralisatiebrief. Kamerbrief aanpak decentralisaties op terrein van ondersteuning, participatie en jeugd.
- Ministerie van Financiën (2012). Voorjaarsnota 2012 inclusief Begrotingsakkoord 2013.
- Ministerie van SZW (2013). Kamerbrief Resultaten Sociaal Overleg.
- Ministerie van VenJ (2013). Jeugdwet (plus MvT en nader rapport).
- Ministerie van VWS (2012). De zorg. Hoeveel extra is het ons waard?
- Ministerie van VWS (2012). Kamerbrief Aanhangige en toekomstige wetgeving. 21 november 2012.
- Ministerie van VWS (2012). Kamerbrief Eindrapportage Plan van Aanpak Arbeidsmarkt Jeugdzorg
- Ministerie van VWS (2012). Kamerbrief kwaliteitsbeleid voor de brede zorg voor jeugd.
- Ministerie van VWS (2012). Kamerbrief Meer verpleegkundigen in de ouderenzorg.
- Ministerie van VWS (2012). Kamerbrief Tweede voortgangsrapportage Hervorming Langdurige Zorg.
- Ministerie van VWS (2012). Voortgangsbrief stelselwijziging jeugd Geen kind buiten spel.
- Ministerie van VWS (2012). Deltaplan Dementie.
- Ministerie van VWS (2012). Kamerbrief Contouren Participatiewet.
- Ministerie van VWS (2012). Kamerbrief Eindrapportage Plan van Aanpak Arbeidsmarkt Jeugdzorg.

- Ministerie van VWS (2013). Brief Kostenbewustzijn.
- Ministerie van VWS (2013). Factsheet Hervorming langdurige zorg.
- Ministerie van VWS (2013). Kamerbrief Gezamenlijke agenda VWS. Van systemen naar mensen.
- Ministerie van VWS (2013). Kamerbrief Hervorming langdurige zorg.
- Ministerie van VWS (2013). Kamerbrief Onderhandelaarsresultaten beperking uitgavengroei curatieve zorg (inclusief bijlagen).
- Ministerie van VWS (2013). Kamerbrief Plan van aanpak Verspilling in de zorg.
- Ministerie van VWS (2013). Kamerbrief Resultaten zorgoverleg.
- Ministerie van VWS (2013). Kamerbrief Vermogensinkomensbijtelling eigen bijdrage AWBZ WMO.
- Ministerie van VWS (2013). Kamerbrief Versterken verlichten en verbinden (inclusief bijlagen).
- Ministerie van VWS (2013). Transitieplan Jeugd.
- Ministerie van VWS (2013). Voorhangbrief POH-GGZ en Generalistische Basis GGZ.
- MOVISIE (2012). Op weg naar duurzame maatschappelijke ondersteuning.
- MOVISIE (2012). Van samen zoeken naar samen werken. Wmo trendrapport 2012.
- NIVEL (2012). Factsheet Mening familieleden mensen met verstandelijke beperking over overgang begeleiding naar wmo.
- NIVEL (2012). Verwacht zorggebruik als gevolg van de eigen bijdrage in de tweedelijns GGZ.
- NIVEL (2013). Verpleegkundigen positief over bevorderen van zelfmanagement.
- NPCF V&VN Buurtzorg en ANBO (2012). Ouderen maken zich zorgen. wij ook (publieksversie).
- NYFER (2013). Gezondheid online.
- NZa (2012). Marktscan Extramurale AWBZ. Weergave van de markt 2008. 2011.
- NZa (2012). Marktscan GGZ. Weergave van de markt 2008-2011.
- NZa (2012). Marktscan Intramurale AWBZ. Weergave van de markt 2010. 2011.
- NZa (2012). Scheiden van wonen en zorg in de AWBZ. Extramuraliseren ZZP's.
- NZa (2013). Marktscan en beleidsbrief GGZ. Weergave van de markt 2008-2012.
- NZa (2013). Marktscan GGZ.
- Onderzoek van Partners + Pröpper (juni 2013) in opdracht van FCB
- Panteia, Seor en Etil (2012). Arbeid in Zorg en Welzijn 2012. Integrerend jaarrapport.
- Panteia, SEOR en Etil (2013). Arbeidsmarkteffectrapportage Transitie Jeugdzorg.
- PBL (2013). Vergrijzing en ruimte. Gevolgen voor de woningmarkt, vrijetijdsbesteding, mobiliteit en regionale economie.
- PCkwadraat (2012). Tijdslijn maatregelen Regeerakkoord.
- Persbericht BoZ zorgakkoord
- PharmaPartners en Pink Roccade (2013). Het stormt in de polder. Een anticiperende kijk op het zorglandschap.
- PI Research (2013). Vroege kracht. Een evaluatie van de implementatie en de effecten van Eigen Kracht conferenties in het preventieve domein.
- PWC (2013). Impactanalyse zorgakkoord toont fundamentele transitieopgave
- langdurige zorg en noodzaak regieafspraken.
- RFV (2013). Reactie decentralisatiebrief.
- Rijksoverheid (2012). Kamerbrief Transitieagenda Jeugdzorg.
- RIVM (2013). Domotica in de langdurige zorg.
- RVZ (2012). Redzaam ouder. Zorg voor niet-redzame ouderen vraagt om voorzorg door iedereen.
- RVZ (2012). Regie aan de poort. De basiszorg als verbindende schakel tussen persoon

zorg en samenleving.
- RVZ (2013). Het belang van wederkerigheid. Solidariteit gaat niet vanzelf!
- Saxion (2012). Op eigen kracht vooruit. Een onderzoek naar de resultaten van Eigen Kracht-conferenties in Nederland.
- SCP (2012). Meebetalen aan de zorg. Nederlanders over solidariteit en betaalbaarheid van de zorg.
- SCP (2012). Sociaal en Cultureel Rapport 2012. Een beroep op de burger.
- SCP (2013). Gemeentelijk Wmo-beleid 2010. Een beschrijving vanuit het perspectief van gemeenten.
- SCP (2013). Lasten onder de loep. Kostengroei GHZ ontrafeld.
- SCP (2013). Verdeling historische middelen jeugdzorg. Opgesteld in opdracht van de ministeries van VWS en BZK.
- SCP (2013). Informele zorg in Nederland. Een literatuurstudie naar mantelzorg en vrijwilligerswerk in de zorg.
- SER (2012). Naar een kwalitatief goede toegankelijke en betaalbare zorg. Een tussenadvies op hoofdlijnen.
- Simac Healthcare (2013). Slimme Zorg 2013. De kost gaat voor de baat uit.
- Sprinkhuizen, A., M. Scholte (red.) (2012). De sociale kwestie hervat – De Wmo en sociaal werk in transitie.
- Taskforce Beheersing Zorguitgaven (2012). Naar beter betaalbare zorg.
- Tonkens, E. en M. De Wilde (2013). Als meedoen pijn doet. Affectief burgerschap in de wijk.
- Transitiebureau Jeugd (2013). Spoorboekje transitie jeugdzorg - Versie 2.
- Transitiecommissie Stelselherziening Jeugd (2013). Transitiecommissie Stelselherziening Jeugd - Eerste rapportage.
- Transitiecommissie Stelselherziening Jeugd (2013). Transitiecommissie Stelselherziening Jeugd -2e Rapportage - juni 2013.
- V&VN (2013). Position paper V&VN voor hoorzitting hervorming langdurige zorg.
- V&VN (2013). Werkboek Samenredzaamheid. Aan de slag met je cliënt en zijn netwerk.
- VenturaPlus (2014). Indicatieve doorrekening extramuralisering zzp 1 tm 4.
- VGN (2012). Factsheet Gevolgen regeerakkoord voor de gehandicaptensector.
- VGN (2013). Brancherapport gehandicaptenzorg 2012.
- VGN (2013). Factsheet gehandicaptenzorg van AWBZ naar Wmo.
- VGN (2013). Impactanalyse kabinetsbeleid LZ voor de GHZ.
- VGN (2013). Position paper Toekomst gehandicaptenzorg.
- Vilans (2012). Vernieuwing in arbeidsmatige dagbesteding.
- VNG (2012). Het pgb in de Wmo - handvatten voor pgb-beleid,
- VNG (2013). De vitaliteit van de samenleving.
- VNG (2013). Reactie VNG op beleidsbrief Hervorming Langdurige Zorg.
- VU, Expertise-centrum Mantelzorg en Stichting Werk & Mantelzorg (2013). Gezond blijven werken, ook met mantelzorg. Informatie voor resp. werkende mantelzorgers, leidinggevenden en HR-medewerkers.
- VVD en PvdA (2012). Bruggen slaan - Regeerakkoord VVD & PvdA.
- WHO (2013). The European Health Report 2012.
- World Economic Forum en McKinsey (2013). Een visie op de Nederlandse zorg in 2040.
- ZonMw (2013). Brug tussen huisartsen en verzorgingshuizen.